



Gobernanza y rectoría en Colombia un proceso en marcha: la redefinición de competencias, descentralización en salud y el papel de las FESP en Colombia

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social
Ministerio de Salud y Protección social
Bogotá 2025

Gobernanza y rectoría en Colombia un proceso en marcha

- 1. Plan Nacional de desarrollo**
- 2. Brechas en salud**
- 3. Normas que impiden cerrar las brechas en salud**
- 4. Propuesta de Transformación**
- 5. Competencias Nacionales y Territoriales en salud en relación con las FESP**
- 6. Plan de transición**
- 7. Estrategias para acelerar la transición**

1.Plan Nacional de desarrollo

Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026

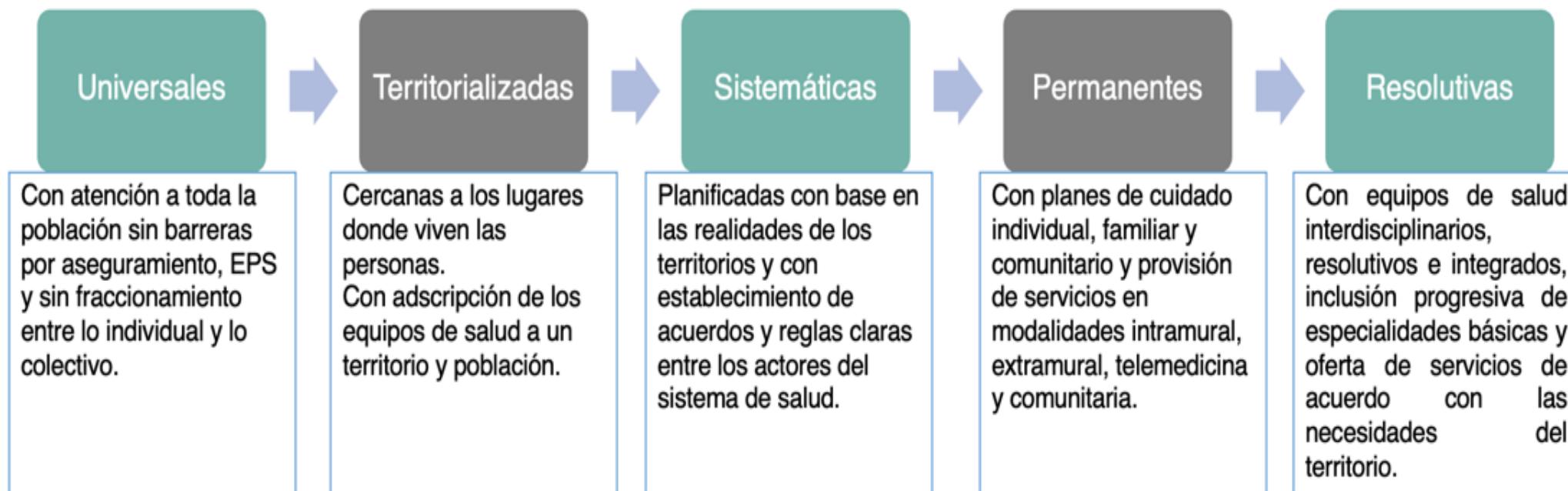
Colombia Potencial Mundial de la Vida

País Líder en la protección de la vida y garante del derecho fundamental a la salud



Desarrollo de un “Sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo” mediante el cual se buscará “hacer efectiva la APS” a través de la *reorientación de los servicios de salud* y el *cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud*.

Mejoramiento del acceso efectivo de la población a los servicios de salud con acciones:



Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026

Colombia Potencial Mundial de la Vida

Redes Integrales e integradas territoriales de servicios de salud

Recuperación, fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria

Equipos de salud interdisciplinarios

Política de talento humano en salud con enfoque de género

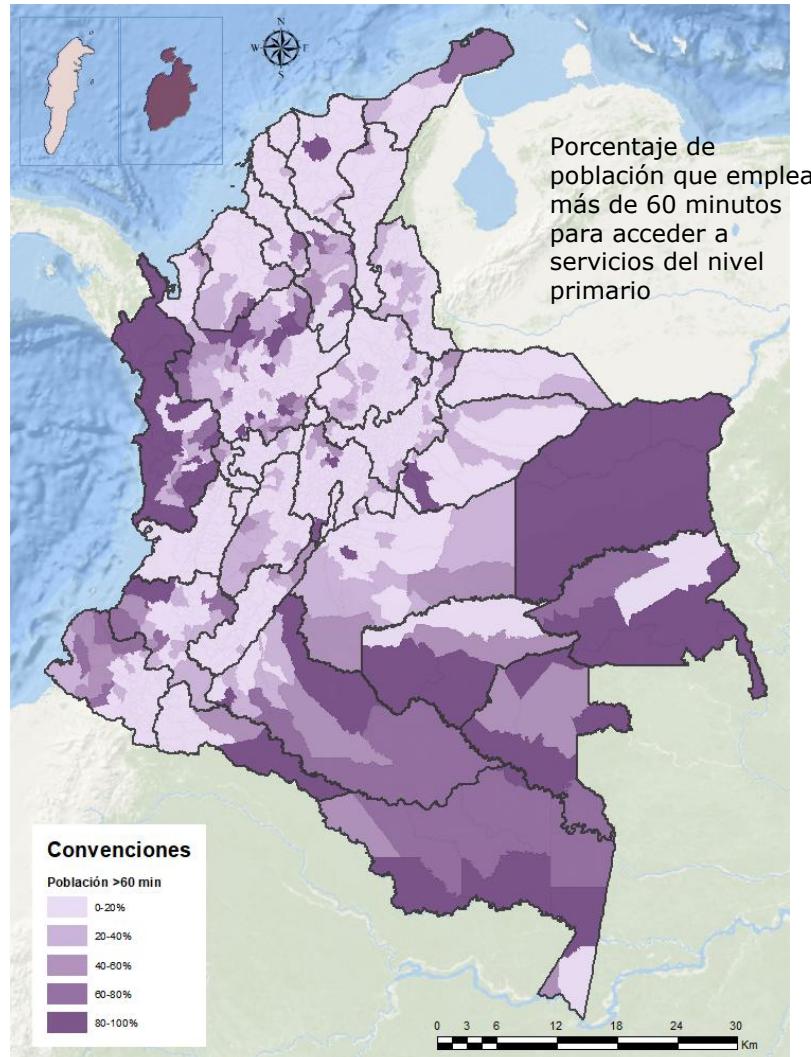
Aseguramiento social en salud



2. Brechas en salud

Accesibilidad geográfica a los servicios de salud

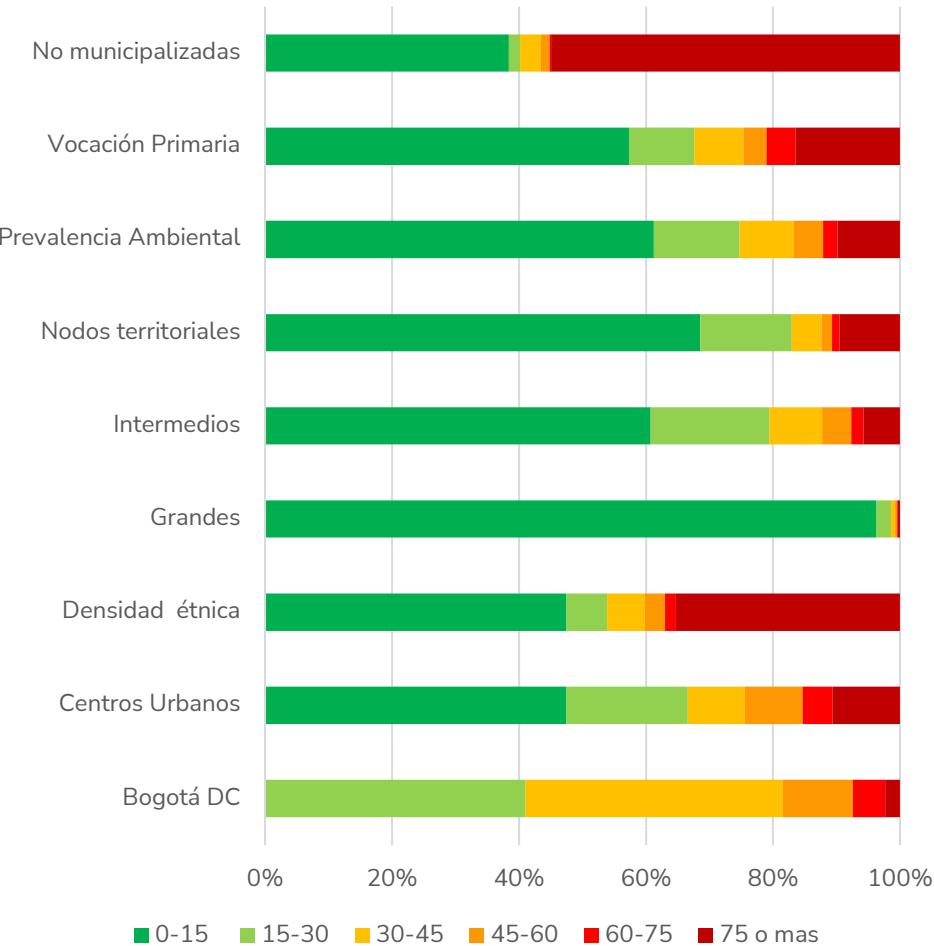
Nivel primario



Nivel primario

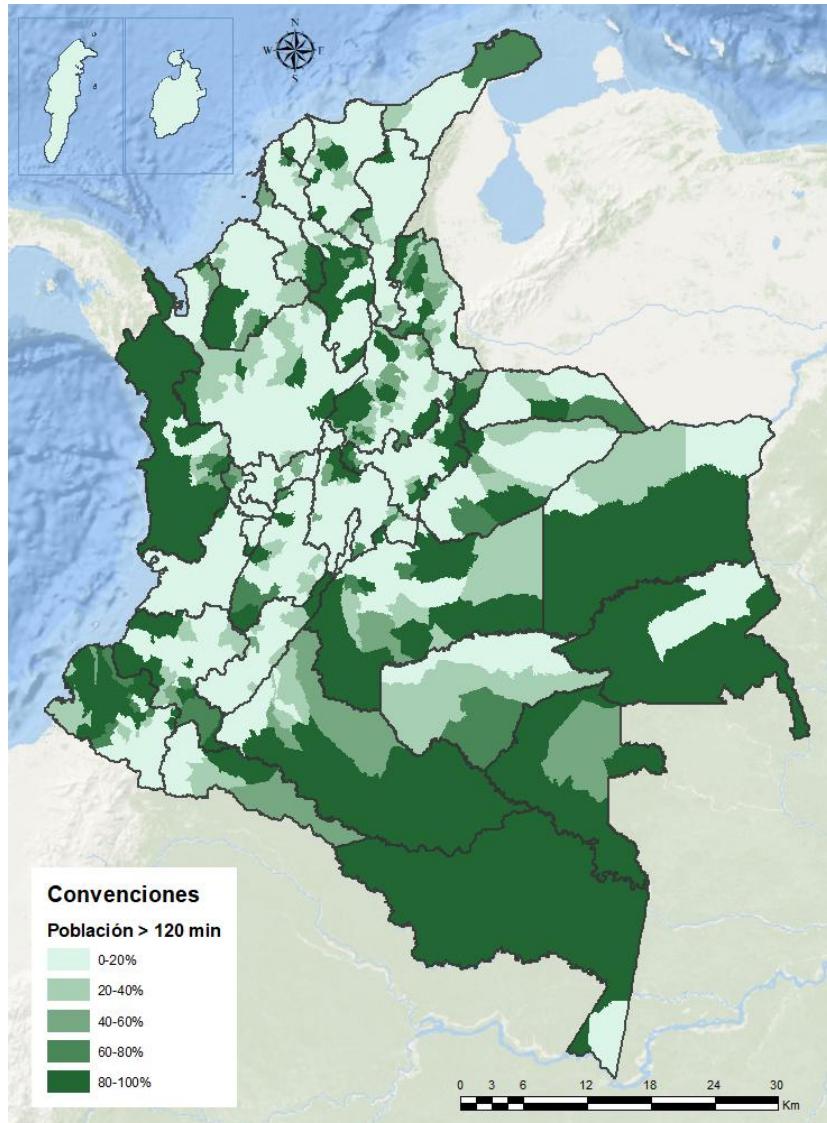
- En 39 municipios del país el 100% de su población debe emplear más de 60 minutos para acceder a servicios de salud del nivel primario
- Dicha condición prevalece en los departamentos de Vichada, Vaupés, Chocó, Guainía y Guaviare.
- En municipios PDET el acceso más deficitario corresponde en promedio al 25% de la población., y en ZOMAC alcanza el 22%.
- En municipios con valores de IPM superior al 70% el acceso más deficitario corresponde en promedio al 33% de la población.

Promedio de tiempo de acceso a servicios del nivel primario



Accesibilidad geográfica a los servicios de salud

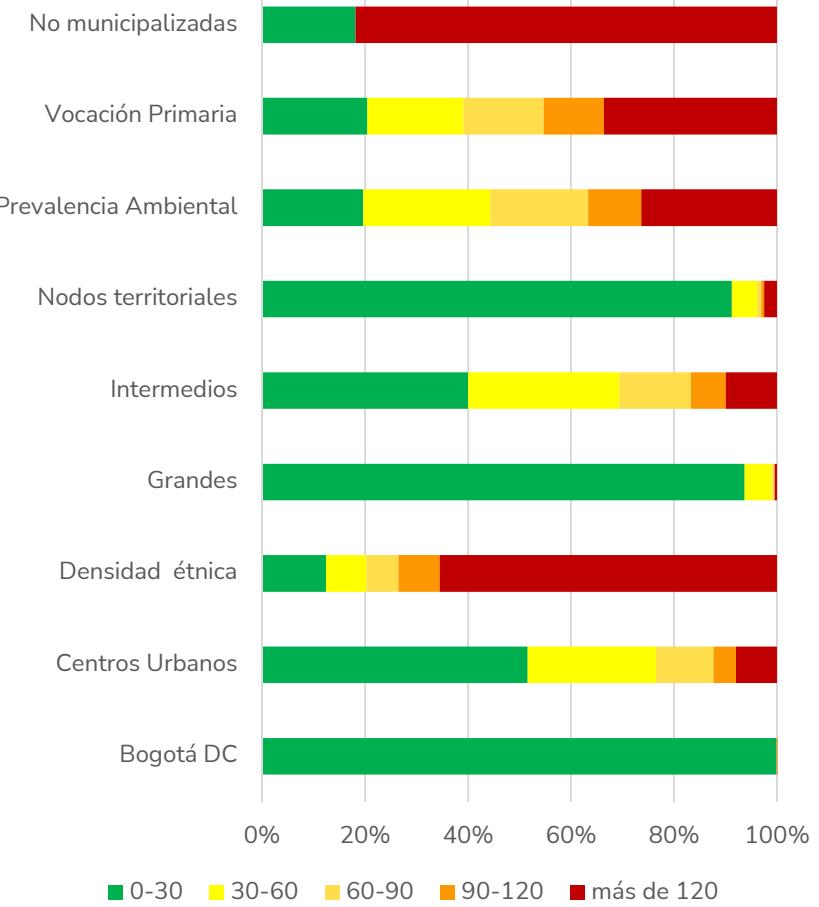
Nivel complementario



Nivel complementario

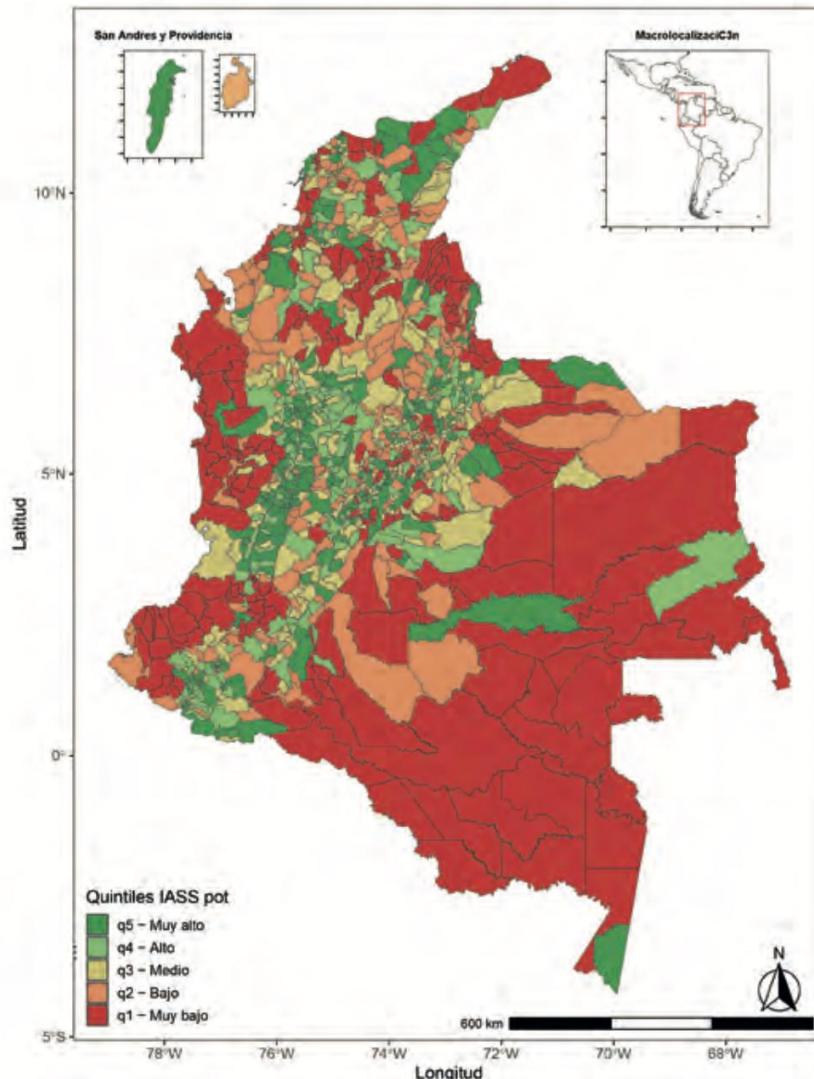
- En 114 municipios del país el 100% de su población debe emplear más de 120 minutos para acceder a servicios de salud del nivel complementario
- Dicha condición prevalece en los departamentos de Vichada, Vaupés, y Chocó..

Promedio de tiempo de acceso a servicios del **nivel complementario**

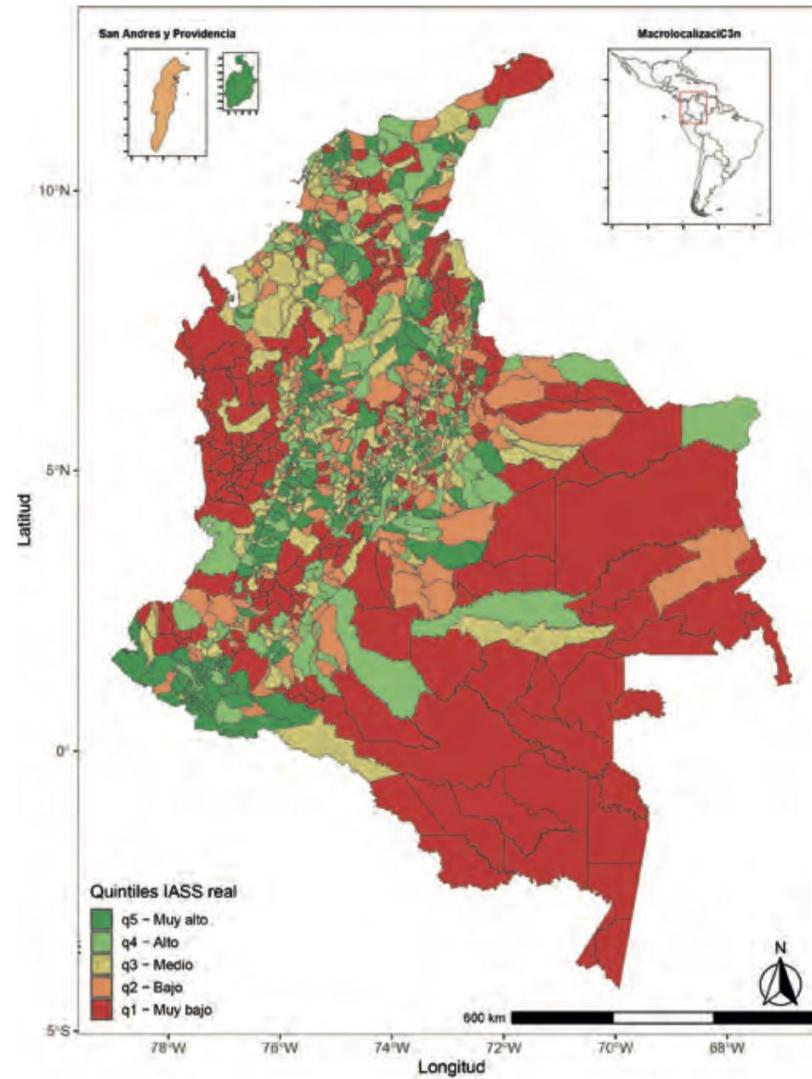


Índice de acceso potencial y real a los servicios de salud 2018 - 2022

IASS potencial



IASS real

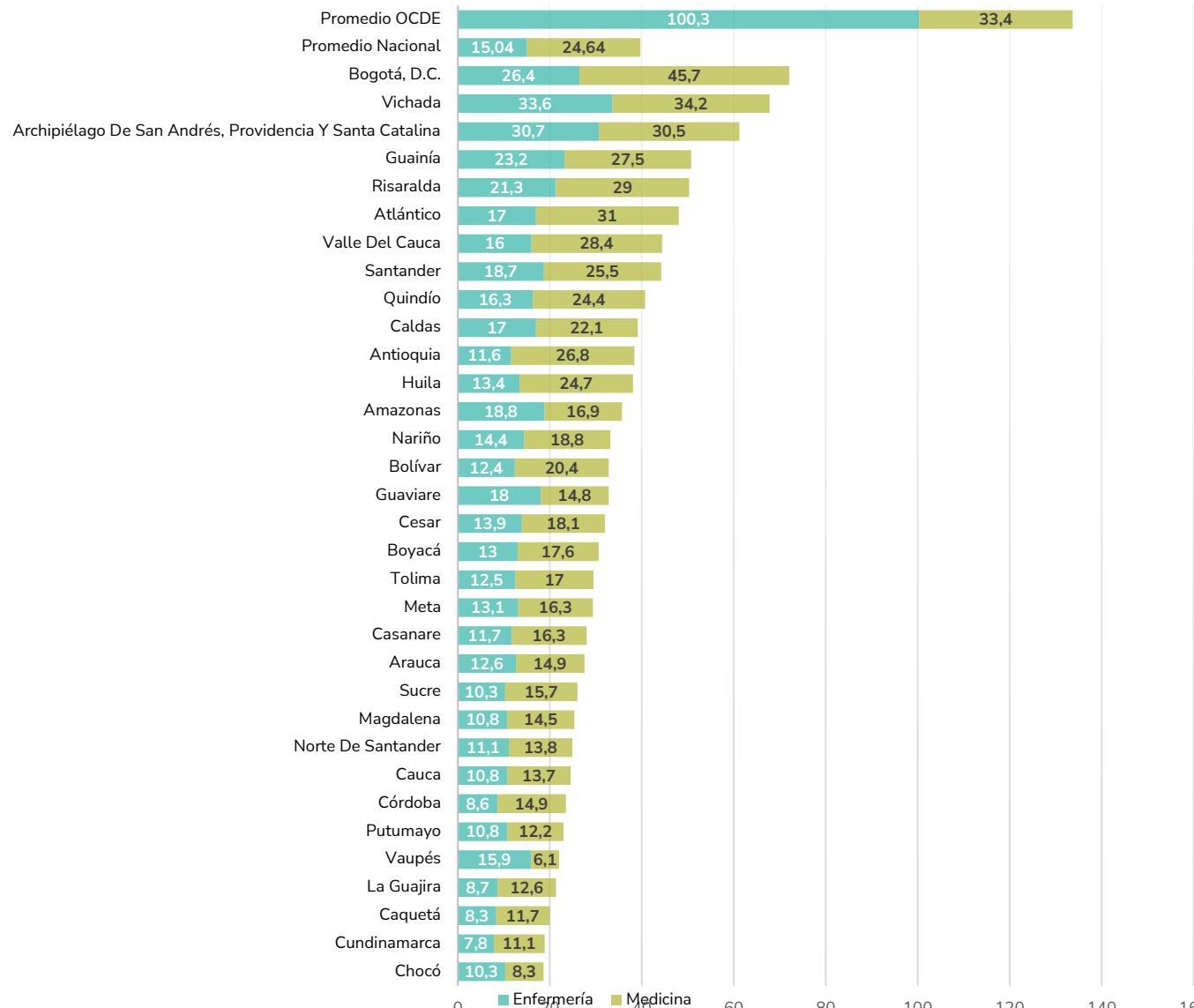


Salud

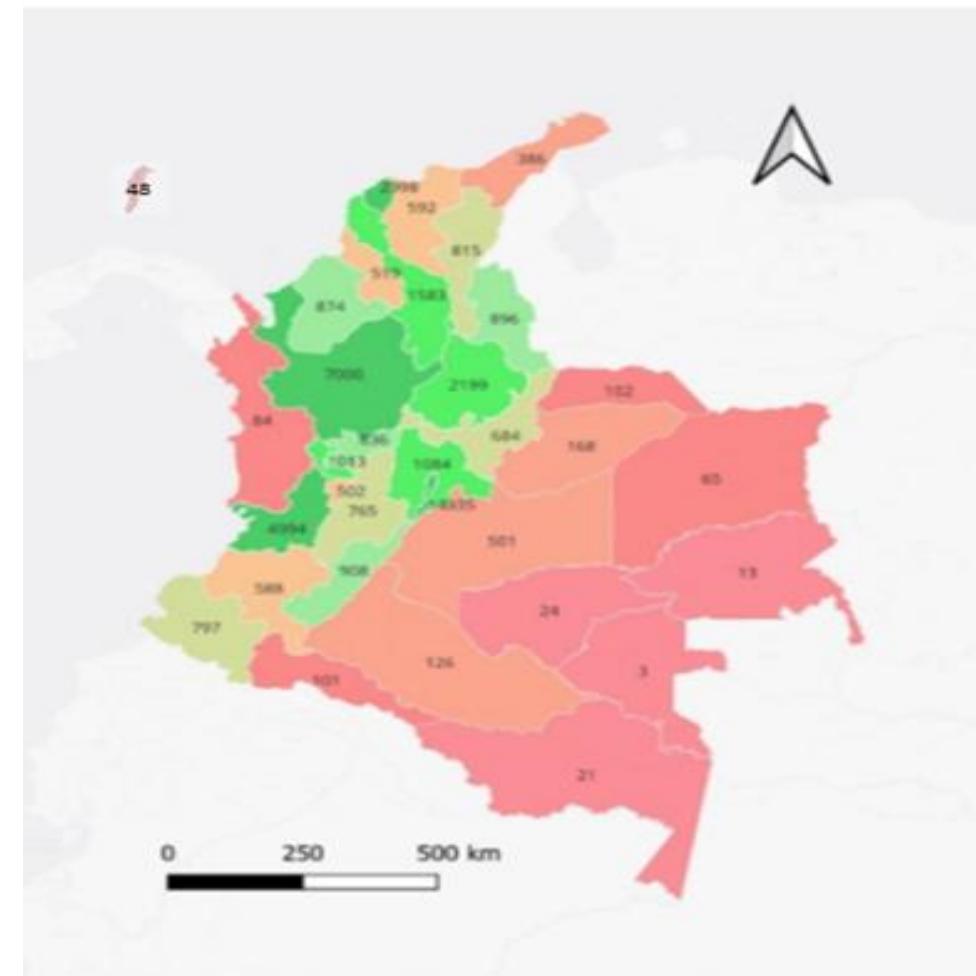


Salud

Densidad de profesionales Enfermería y Medicina / 10.000 habitantes



Densidad de especialistas médico quirúrgicos

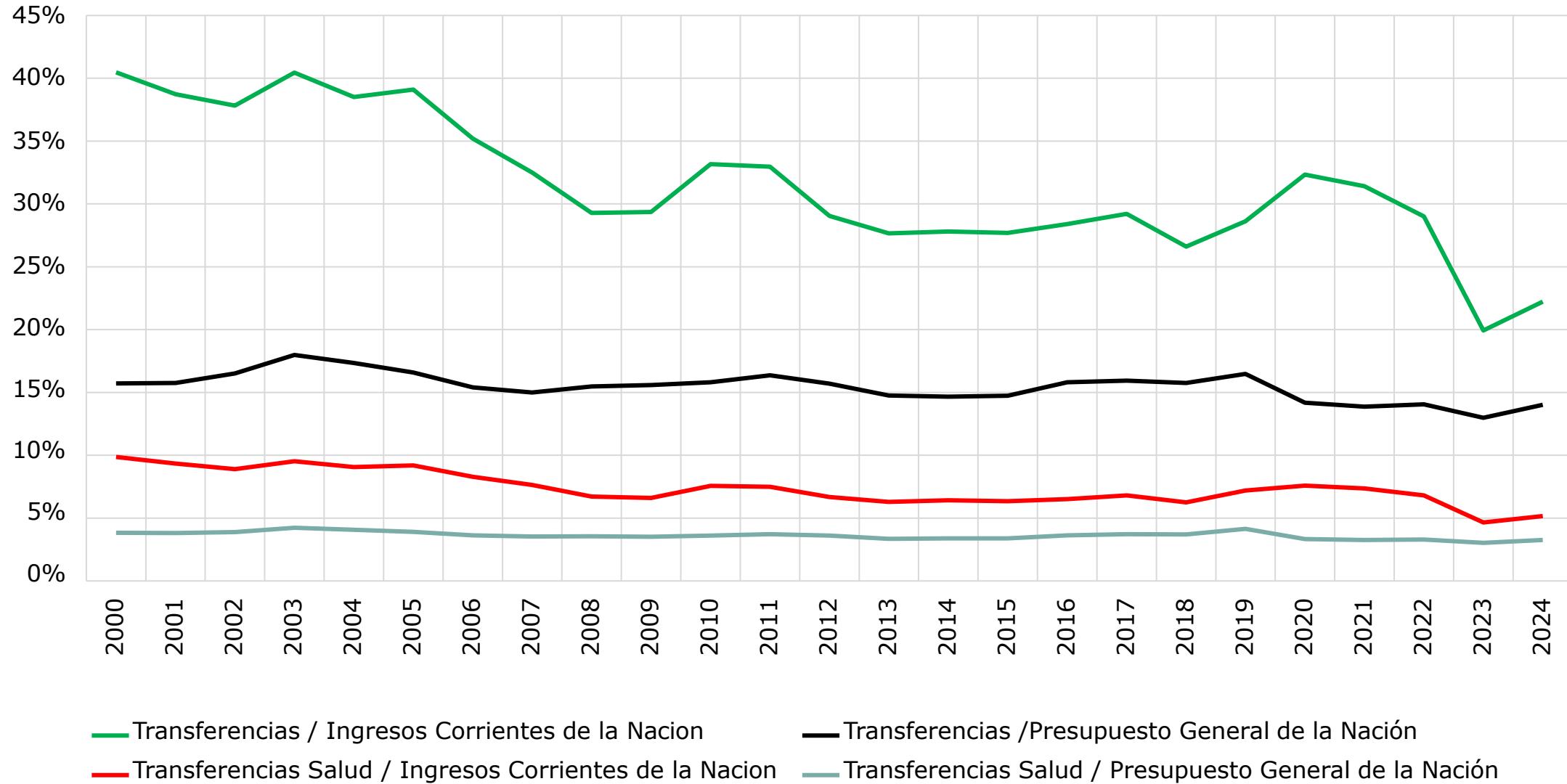


3. Normas que impiden cerrar las brechas en salud

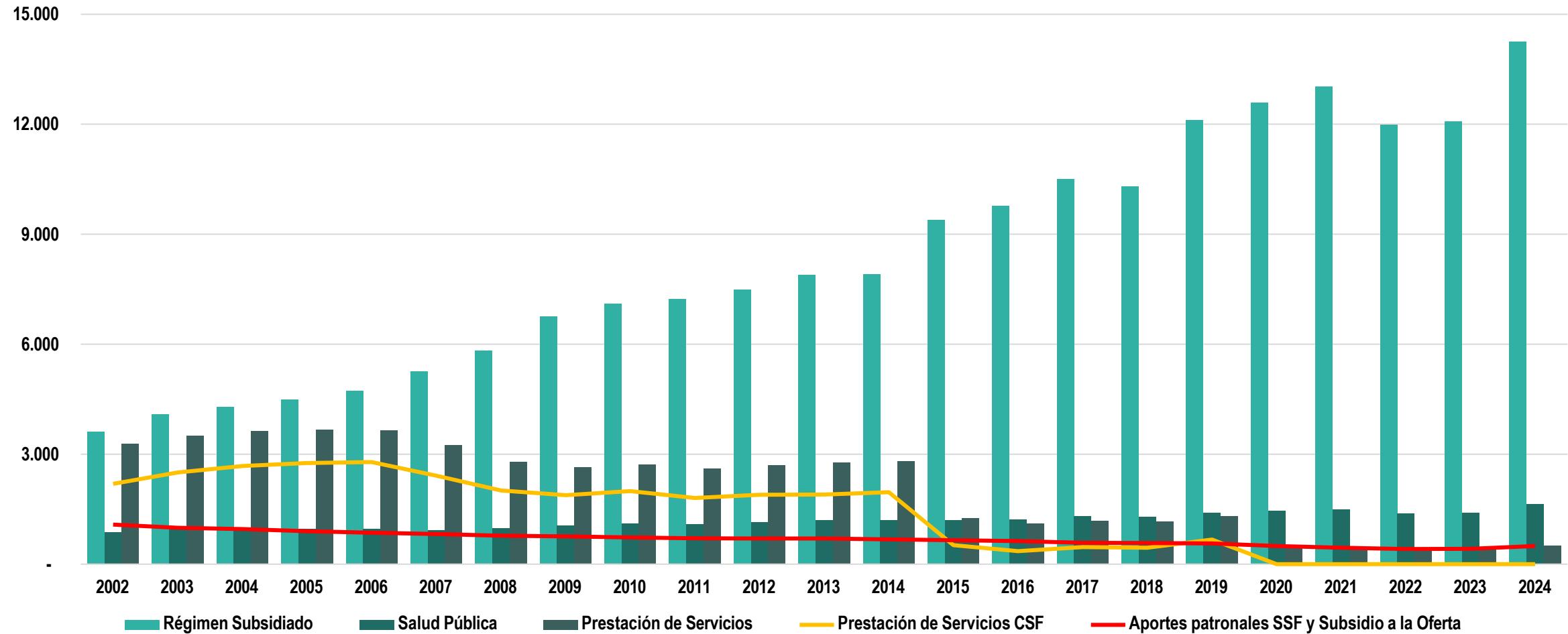
Normas que impiden el cierre de brechas en salud

Norma	Brecha generada
Ley 100 de 1993	Transformación de hospitales públicos en ESE. Los ingresos pasaron de Subsidio a la Oferta a ingresos por venta de servicios (modelo de EICE)
CONPES 3204 de 2001	Reestructuración de las ESE entre 2002 y 2004, con resultados contractuales flexibilizados y tercerizados a través de cooperativas de trabajo asociado, con procesos previos de indemnización de trabajadores
Ley 715 de 2001	Los criterios de distribución del SGP no responden a las particularidades de algunas ET
Ley 1438 de 2011	Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero de las ESE, las categorizadas en riesgo medio o alto deben presentar un PSFF ante el MHCP. Si la medida no genera sostenibilidad financiera, se liquida la ESE, previa la suscripción de un plan de desempeño ante la SNS.
Ley 1508 de 2012	Proyectó el presupuesto de las ESE teniendo como base solo el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras), lo cual limitó la capacidad de oferta de las ESE por diez años, situación agravada por el sometimiento a carteras morosas acumuladas.
Ley 617 de 2000	La categorización municipal, basado únicamente en ingresos, que no permite considerar particularidades de las entidades territoriales y agruparlas con características que permitan comparabilidad.
Decreto 028 de 2008	La aplicación de la estrategia de MSC no permite la identificación de problemas específicos relacionados con las brechas del sector salud.
Decreto 1441 del 2016	Entrega a las EPS la responsabilidad de conformar sus Redes de Servicios
Ley 1122 de 2007	Organización del aseguramiento en responsabilidad de las EPS

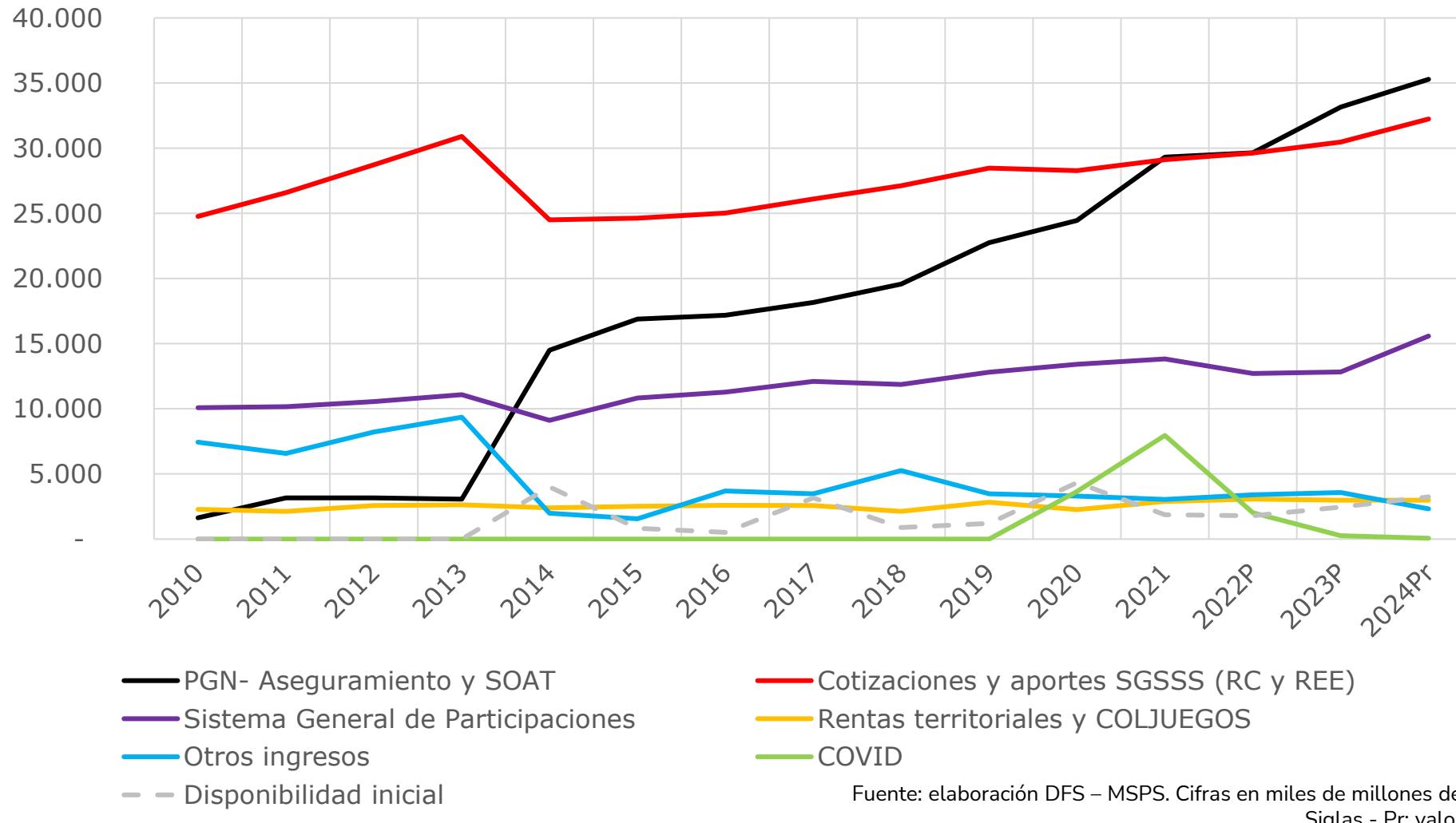
SGP respecto a Cuentas Nacionales



Comportamiento del SGP - Salud



Fuentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud

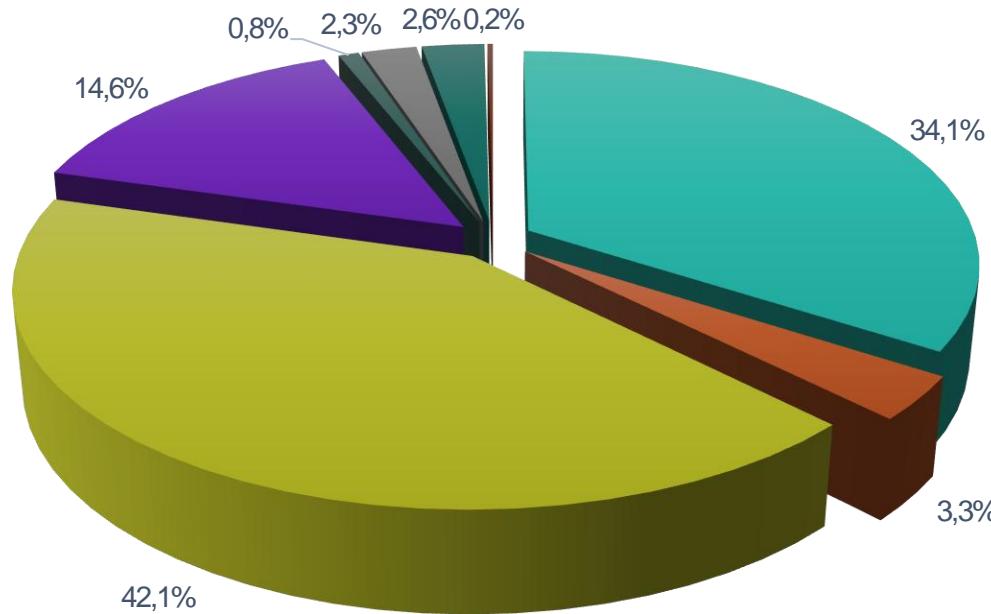


Fuente: elaboración DFS – MSPS. Cifras en miles de millones de pesos constantes a diciembre de 2023.
Siglas - Pr: valores preliminares. P: valores provisionales

Según normatividad vigente

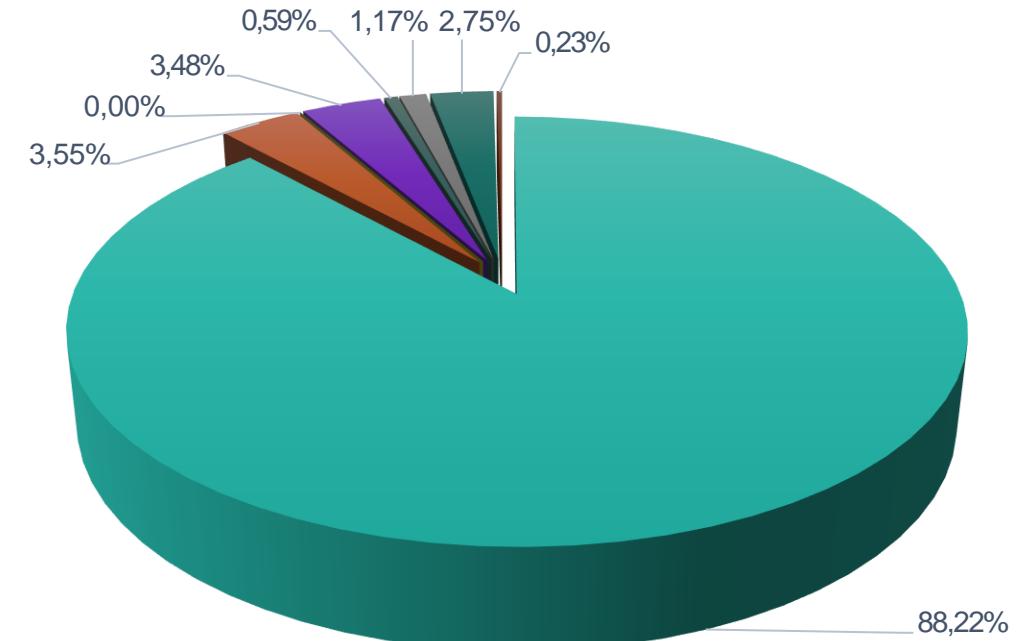
Participación de Fuentes y Usos 2023

Fuentes del sistema



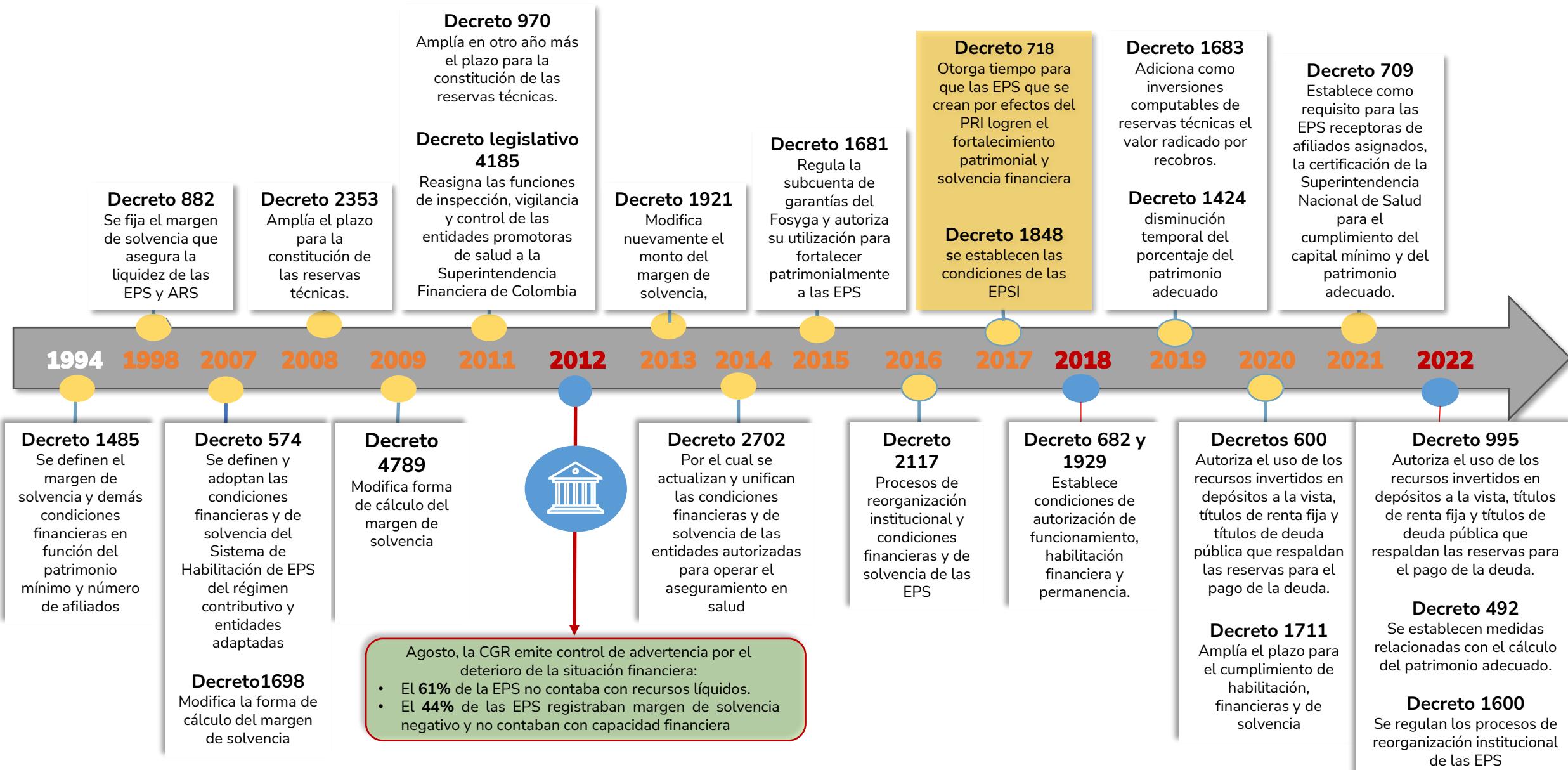
Fuente	Porcentaje
Cotizaciones	
SGP	
Inversión Salud Sectorial	
Rentas territoriales	
PGN, SOAT y FONSAT	
Aportes CCF	
Otros recursos	
ET Salud Pública no SGP	

Usos del sistema



Uso	Porcentaje
UPC Total	
Recobros y PM	
Incapacidades - Licencias - PyP	
Otros usos	
Reclamaciones accidentes de tránsito	
Otros recursos	
ET Salud Pública no SGP	
Saneamiento	

Evolución normativa: Condiciones de habilitación, financieras y de solvencia



EPS desde 1994 a 2024

Régimen	Autorizadas	Liquidadas	Vigentes (Marzo 2024)
Subsidiado	122	108	14*
Contributivo	27	17	12**
Subsidiado y contributivo	8	5	3
Total	157	130	29

Liquidación de EPS por periodo

Periodo	Intervenciones para liquidar	Retiro voluntario	Intervenciones para administrar
1998 – 2002 Andrés Pastrana	78	1	Sin dato
2000 – 2006 Álvaro Uribe Vélez	3	3	Sin dato
2006 – 2010 Álvaro Uribe Vélez	3	0	Sin dato
2010 – 2014 Juan Manuel Santos	14	2	7
2014 – 2018 Juan Manuel Santos	4	5	0
2018 – 2022 Iván Duque	11	1	2
2022 – Actual Gustavo Petro Urrego	4	0	8
TOTAL	117	12	16

Acreencias de las EPS liquidadas

	Periodo 2008 - 2016	Periodo 2017 – 2024
Valor reclamando	\$ 124,2 mil millones	\$ 30,15 billones
Valor total reconocido	\$ 39,6 mil millones	\$ 9,481 billones
Valor pagado	\$ 39, 4 mil millones	\$ 1,047 billones
Valor adeudado	\$ 201 millones	\$ 8,434 billones

Categorización de ESE según riesgo fiscal y financiero, vigencias 2012 - 2024

Categorización	R. 2509 de 2012	Rs. 1877 y 3467 de 2013	R. 2090 de 2014	R. 1893 de 2015	Rs. 2184 y 3916 de 2016	R. 1755 de 2017	R. 2249 de 2018	R. 1342 de 2019	R. 851 de 2023	R. 980 de 2024
Riesgo Alto	312	410	430	184	194	130	149	137	68	23
Riesgo Medio	91	128	138	61	78	51	51	41	43	22
Riesgo Bajo	227	116	59	169	182	94	87	108	123	107
Sin Riesgo	338	313	328	539	493	461	441	533	462	450
No categorizadas ¹	0	0	0	0	0	185 ¹	196 ²	107 ³	228	324
% en Riesgo Medio, Alto y Sin Categorizar	42%	56%	59%	26%	29%	40%	43%	31%	37%	40%
TOTAL NACIONAL	968	967	955	953	947	921	924	926	924	926

Fuente: Resoluciones de categorización del riesgo de las ESE de carácter territorial –Ministerio de Salud y Protección Social

Nota: Por la emergencia sanitaria, mediante artículo 6 de la Resolución 856 de 2020 se suspendió la categorización del riesgo para los años 2020, 2021 y 2022

¹ Año 2017: 185 ESE con ejecución o trámite de viabilidad del Programa de Gestión Integral del Riesgo -PGIR en la SNS

Año 2018: 185 ESE con ejecución o trámite de viabilidad del PGIR en la SNS, 9 cumplieron el PSFF y 2 no habilitadas en REPS

Año 2019: 107 en trámite o con PSFF viabilizado.

Año 2023: 14 en PSFF cumplido y finalizado, 65 en PSFF Viabilizado, 111 en PSFF en trámite de viabilidad, 6 en Ley 550 de 1999 en la SNS, 8 intervenido por la SNS, 1 Intervenido por la SNS, 13 en la SNS con PMI en trámite de viabilidad, 1 en la SNS con PMI no aprobado, 9 en la SNS con PMI viabilizado.

Año 2024: 71 en PSFF Viabilizado, 210 en PSFF en trámite de viabilidad, 6 en Ley 550 de 1999 en la SNS, 1 en medida de vigilancia especial en la SNS, 11 intervenidos por la SNS, 20 en la SNS con PMI Viabilizado, 1 en la SNS con PMI viabilizado y ejecutado con cumplimiento, 3 no aplican por fusión o liquidación de acuerdo con Documento de Red, 1 ESE inició operación el 1 de junio de 2023

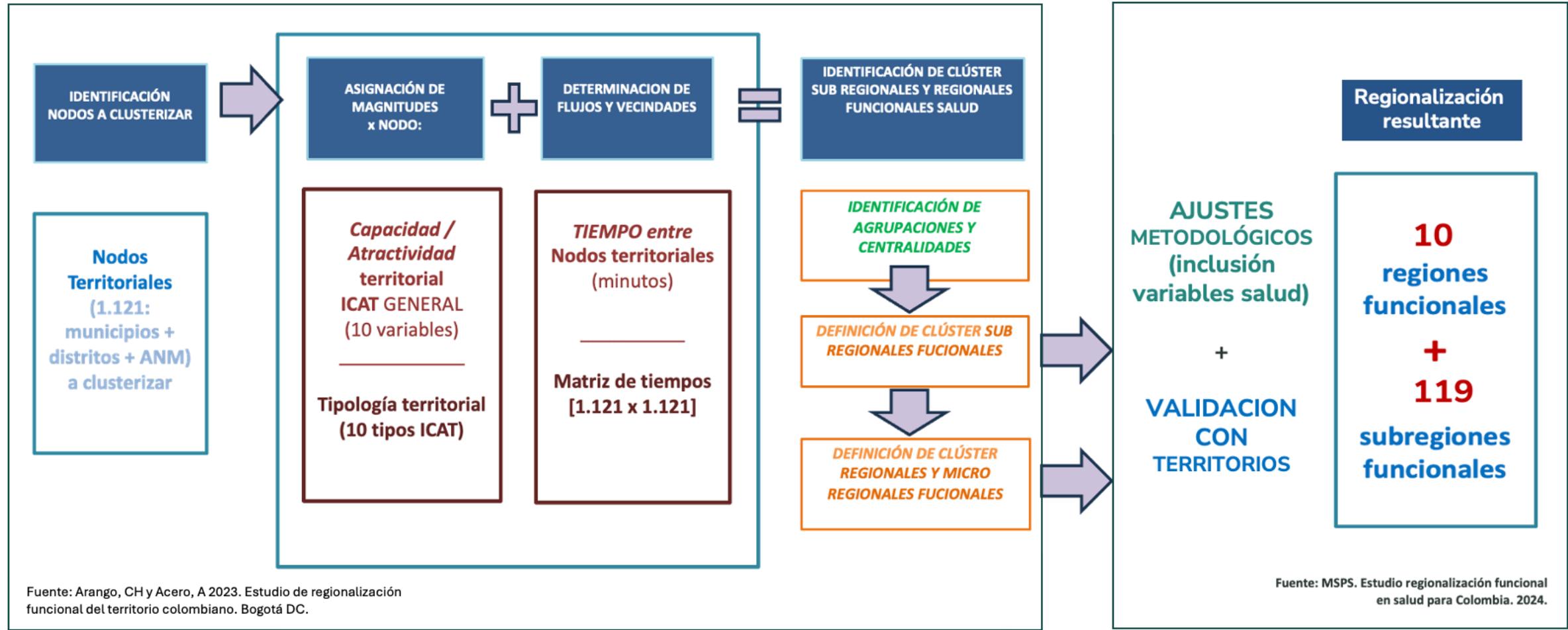
4. Propuesta de Transformación



Propuesta de territorialización de la salud



Método definición de sub-regiones funcionales



Fase 1. Método cálculo índice ICAT

CRITERIOS UTILIZADOS INDICE DE CAPACIDAD-ATRACTIVIDAD TERRITORIAL ICAT

Criterios	CRITERIO # 1	CRITERIO # 2	CRITERIO # 3	CRITERIO # 4	CRITERIO # 5	CRITERIO # 6	CRITERIO # 7	CRITERIO # 8	CRITERIO # 9	CRITERIO # 10	CRITERIO # 11
Capacidad	Capacidad de atracción de población	Capacidad participación población urbana 2022	Capacidad poblacional contribución SGSSS	Capacidad poblacional de cotizar al SGSSS	Capacidad de disminuir la pobreza	Capacidad de agregar valor a la economía	Capacidad de desarrollo económico*	Capacidad de desarrollo de actividad empresarial	Capacidad de generar ingresos territoriales (Ingresos tributarios)	Capacidad de generar ingresos territoriales (Ingresos NO tributarios)	Capacidad de atender las necesidades en salud de la población
Indicador	Población total	% población urbana en el territorio	Afiliados RC + RE	% población cotizante al SGSSS	Índice de Pobreza Multidimensional	Valor Agregado municipal	Índice Grado de importancia económica	Número de empresas en el territorio	Ingresos tributarios	Ingresos No tributarios	Índice de Capacidades en Salud
Tipo de indicador	Simple	Simple	Simple	Simple	Compuesto	Compuesto	Compuesto	Simple	Simple	Simple	Compuesto
# variables	1	2	2	2	15	35	3	1	1	1	17
año, fuente	2021 DANE	2021 DANE	2021 BDUA	2021 BDUA	2018 DANE	2020 DANE	2020 DANE	2021 DANE	2021 OEC DNP	2021 OEC DNP	2023, REPS
Periodicidad	Anual	Anual	Mensual	Mensual	Censal	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Mensual
Unidad de medida	Personas	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Índice de 0 a 100 (mayor puntuación, más pobreza)	Miles de millones de pesos	Ordinal	# de empresas	Millones de pesos	Millones de pesos	Índice de 0 a 1000 (mayor puntuación, más capacidad en salud)
racional	<i>a mas población,</i>	<i>a mas población en cabecera municipal/distrital</i>	<i>a mas afiliados contributivos,</i>	<i>a mas cotizantes,</i>	<i>a menor pobreza,</i>	<i>a mayor valor agregado,</i>	<i>a mayor importancia económica,</i>	<i>a mayor presencia empresarial,</i>	<i>a mayor generación de ingresos,</i>	<i>a mayor generación de ingresos,</i>	<i>a mayor capacidad en salud</i>
	<i>...mas desarrollo de capacidades territoriales de respuesta a las necesidades de la gente</i>										
dimensiones	DEMOGRAFICO	DEMOGRAFICO	DESARROLLO SOCIAL	DESARROLLO SOCIAL	DESARROLLO SOCIAL	DESARROLLO ECONÓMICO TERRITORIAL	DESARROLLO ECONÓMICO TERRITORIAL	DESARROLLO ECONÓMICO TERRITORIAL	GESTION FINANCIERA TERRITORIAL	GESTION FINANCIERA TERRITORIAL	SALUD

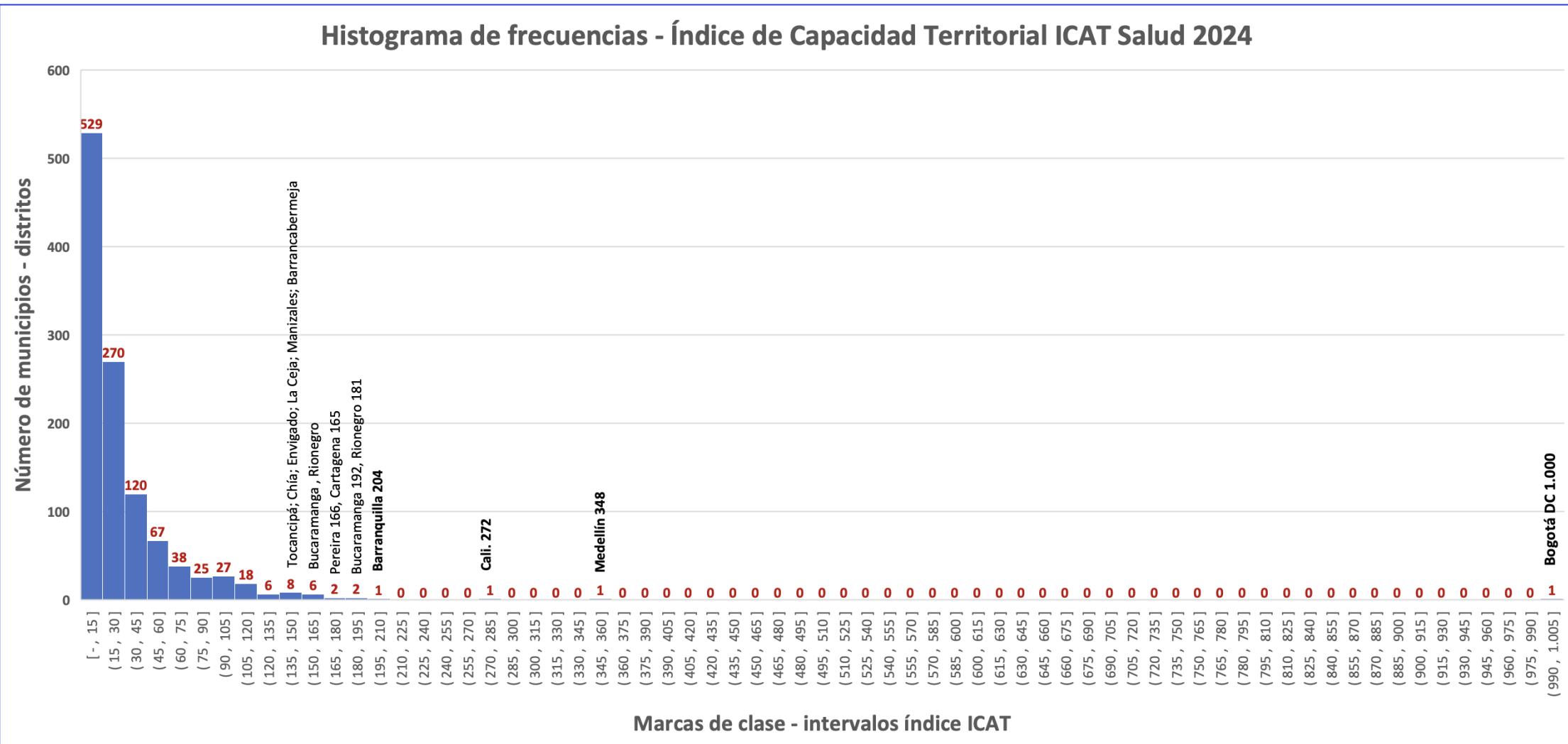
Fuente: Elaboración propia

NOTA 1: RACIONAL: indicador basado en la medición de un conjunto de 11 criterios de desarrollo de capacidades territoriales (demográficas, sociales, económicas y de salud), que permiten considerar que los territorios tienen grados diferenciales de posibilidad de lograr una mejor respuesta a las necesidades de los ciudadanos y por tanto mayores capacidades de generar satisfactores y una atractividad hacia el territorio de personas y poblaciones.

NOTA 2: MODELO NECESIDAD/SATISFACTOR: Indicador compuesto e indirecto de las oportunidades y satisfactores que ofrece una ciudad / territorio a los individuos para satisfacer necesidades.



Fase 1. Método cálculo índice ICAT





Fase 1. Método cálculo índice ICAT: definición tipologías territoriales

PROPUESTA DE TIPOLOGÍA x intervalos Indicador ICAT					
ESCALAFON ICAT		puntuación ICAT	ICAT MIN	ICAT MAX	TIPOLOGIA
ALTO desarrollo de capacidades territoriales	municipios en intervalos con ALTO VALOR ICAT	mayor a 98	348	1.000	Tipo1
			204	348	Tipo2
			133	204	Tipo3
			98	133	Tipo4
MEDIO desarrollo de capacidades territoriales	municipios en intervalos con MEDIO VALOR ICAT	31-98	70	98	Tipo5
			48	70	Tipo6
			31	48	Tipo7
BAJO desarrollo de capacidades territoriales	municipios en intervalos con BAJO VALOR ICAT	menor a 31	19	31	Tipo8
			10	19	Tipo9
			-	10	Tipo 10

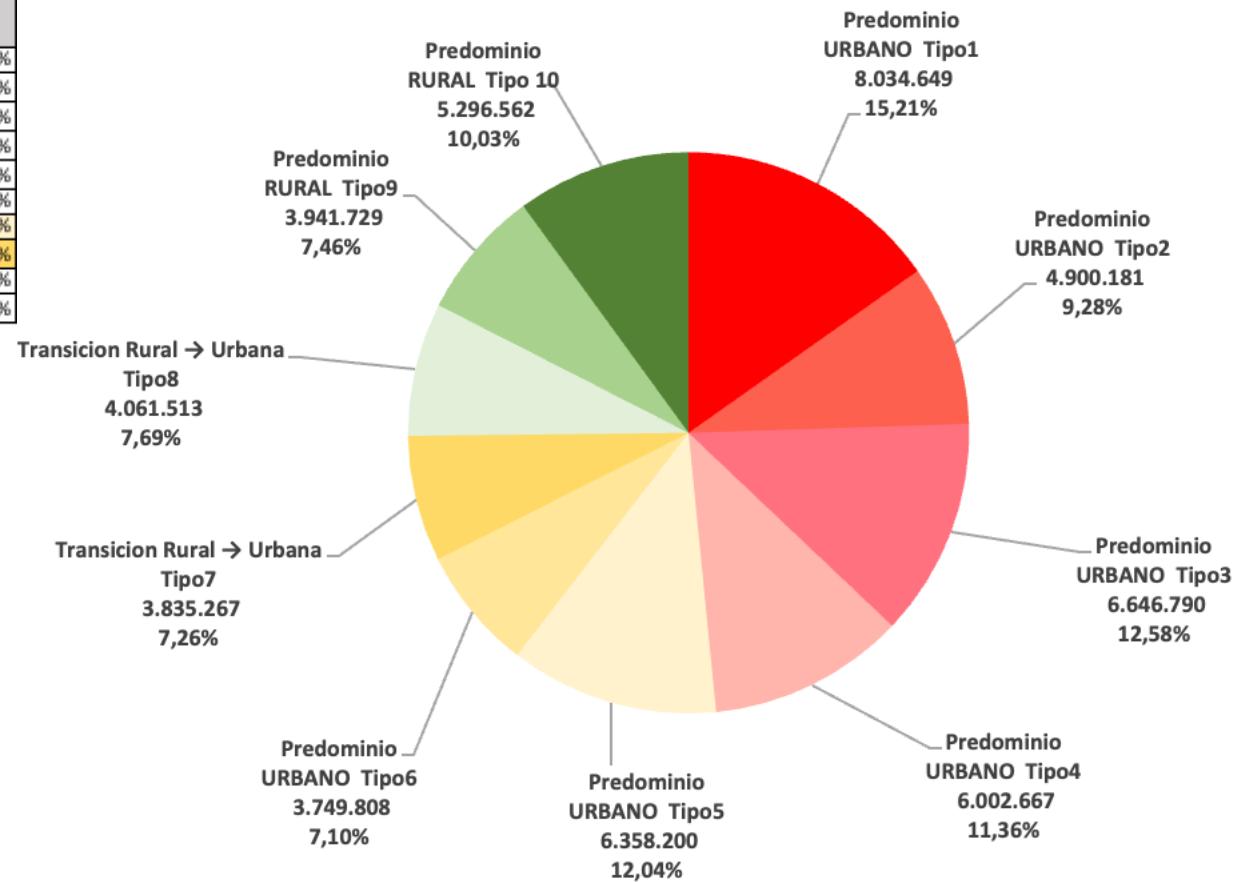
TIPOLOGIA TERRITORIAL MUNICIPAL-DISTRITAL (NIVELES TERRITORIALES DE INFLUENCIA)					
PREDOMINIO	TIPOLOGIA - SIGLA	# Territorios	Asociación a un perfil de influencia	TIPOLOGIA NODOS PREDOMINIO URBANO/RURAL	
Predominio URBANO	Tipo1	1	MUNICIPIOS CON CIUDAD DE INFLUENCIA NACIONAL - REGIONAL	Nodo urbano 1 (metrópoli nacional)	
	Tipo2	2		Nodo urbano 2 (metrópoli regional)	
	Tipo3	19		Nodo urbano 3	
	Tipo4	34	MUNICIPIOS CON CIUDAD DE INFLUENCIA SUBREGIONAL	Nodo urbano 4	
	Tipo5	51		Nodo urbano 5	
	Tipo6	82		Nodo urbano 6	
Transicion Rural → Urbana	Tipo7	127	MUNICIPIOS CON INFLUENCIA LOCAL O MICRO REGIONAL	Nodo intermedio 1	
	Tipo8	184		Nodo intermedio 2	
Predominio RURAL	Tipo9	289	MUNICIPIOS CON CABECERA, POBLADOS Y VIVIENDAS	Nodo Rural 1	
	Tipo 10	333		Nodo Rural 2	
	TOTAL	1122			



Fase 1. Método cálculo índice ICAT

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DENTRO DE 10 INTERVALOS DE CLASE (TIPOS)					
PREDOMINIO	TIPOLOGIA - SIGLA	# POBLACION	%	# acumulado	% acumulado
Predominio URBANO	Tipo1	8.034.649	15,2%	8.034.649	15%
	Tipo2	4.900.181	9,3%	12.934.830	24%
	Tipo3	6.646.790	12,6%	19.581.620	37%
	Tipo4	6.002.667	11,4%	25.584.287	48%
	Tipo5	6.358.200	12,0%	31.942.487	60%
	Tipo6	3.749.808	7,1%	35.692.295	68%
Transicion Rural → Urbana	Tipo7	3.835.267	7,3%	39.527.562	75%
	Tipo8	4.061.513	7,7%	43.589.075	83%
Predominio RURAL	Tipo9	3.941.729	7,5%	47.530.804	90%
	Tipo 10	5.296.562	10,0%	52.827.366	100%
TOTAL		52.827.366	100,0%		

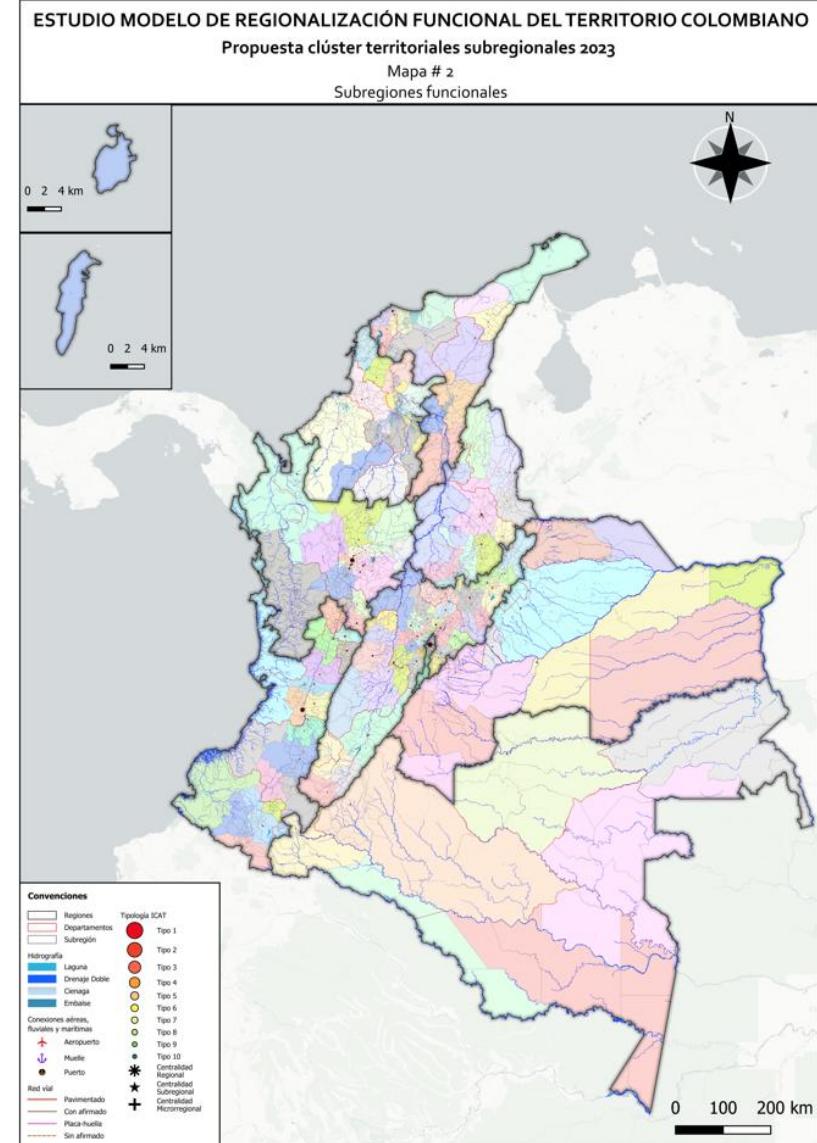
Distribución POBLACIÓN municipios-distritos x tipología territorial ICAT
2024



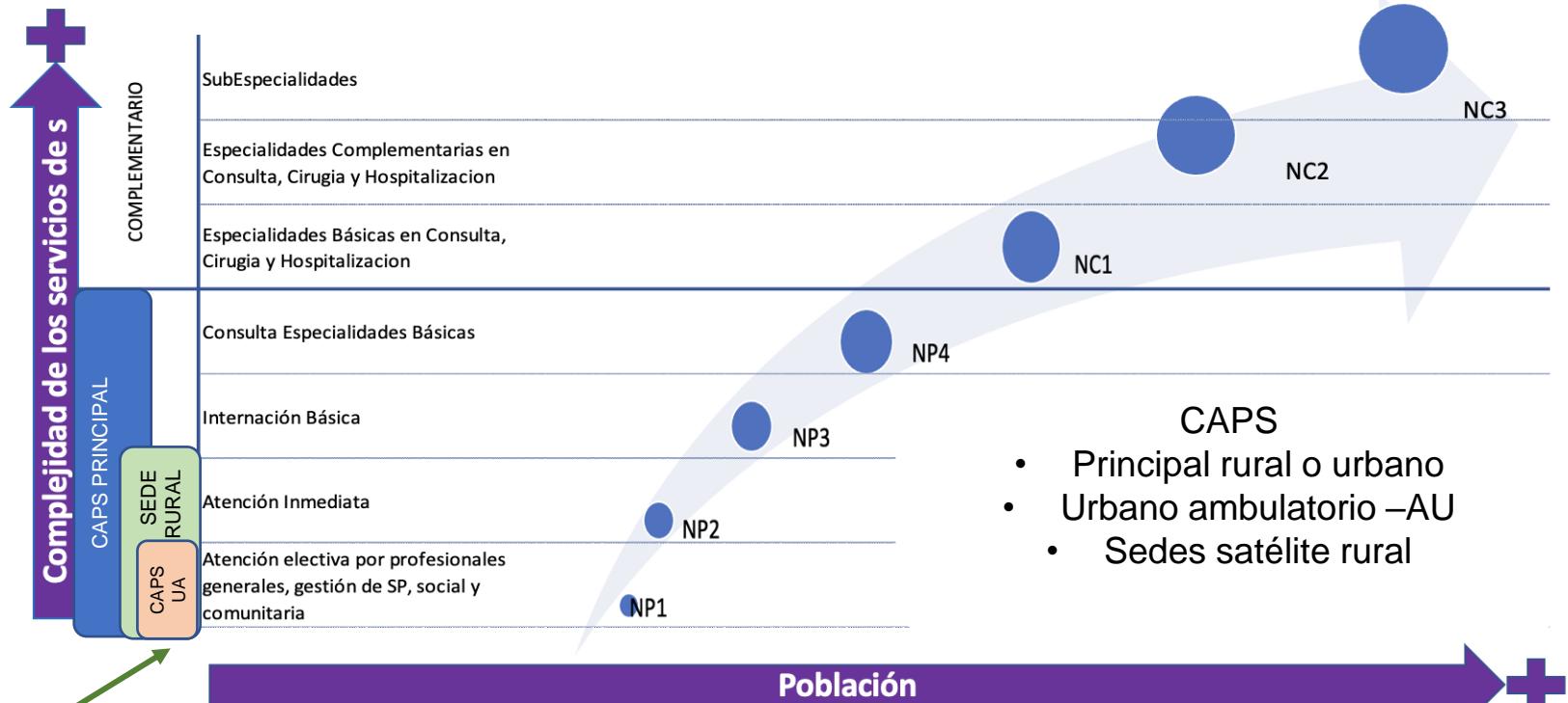
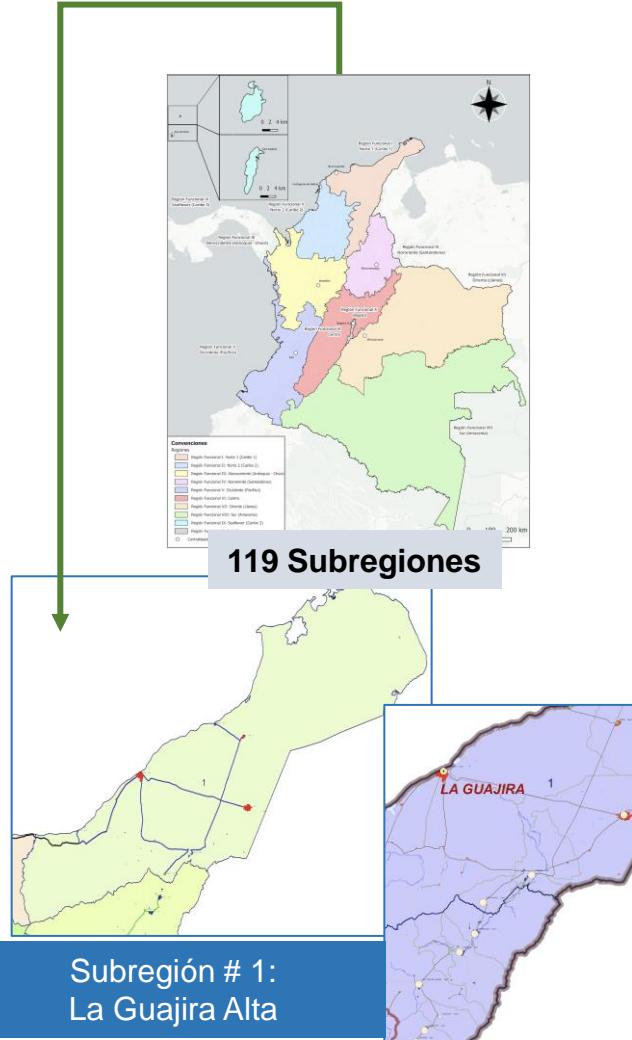
Estudio MSPS regionalización sanitaria 2024 (luego de validación con territorios)

**10 Regiones funcionales
119 Subregiones funcionales**

Región Funcional	# Subregiones Funcionales	%	Municipios, Distritos y ANM	%	Población 2024	%
Región Funcional I: Norte 1 (Caribe 1)	12	10,1%	96	8,6%	6.735.170	12,7%
Región Funcional II: Norte 2 (Caribe 2)	10	8,4%	101	9,0%	5.441.154	10,3%
Región Funcional III: Noroccidente (Antioquia - Chocó)	14	11,8%	156	13,9%	7.900.243	15,0%
Región Funcional IV: Nororiente (Santanderes)	10	8,4%	136	12,1%	4.249.475	8,0%
Región Funcional V: Occidente (Pacífico)	19	16,0%	185	16,5%	9.570.587	18,1%
Región Funcional VI: Centro	33	27,7%	324	28,9%	7.639.777	14,5%
Región Funcional VII: Oriente (Llanos)	9	7,6%	64	5,7%	2.094.976	4,0%
Región Funcional VIII: Sur (Amazonía)	7	5,9%	57	5,1%	1.099.086	2,1%
Región Funcional IX: Seaflower (Caribe 3)	1	0,8%	2	0,2%	62.249	0,1%
Región Funcional X: Bogotá	4	3,4%	1	0,1%	8.034.649	15,2%
Total General	119	100,0%	1.122	100,0%	52.827.366	100,0%



subregiones funcionales para la organización de la prestación de servicios de salud y del aseguramiento



Fuente: MSPS 2022 Estudio de modelación de la prestación de servicios primarios de salud en hospitales públicos ESE en Colombia.

Aseguramiento Social el Salud

Es la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población



Rectoría y Gobernanza

**Consejo Nacional de Salud
Consejos Territoriales de Salud**

Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud

Unidades Zonales de Evaluación y Planeación en Salud

Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud

Fortalecimiento del Invima

Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud

Prestación de Servicios



**Redes Integrales e Integradas
Territoriales de Salud - RIITS**



Gestoras de Salud y Vida



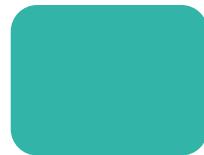
Instituciones de Salud del Estado

Beneficios sociales

Prestaciones económicas a mujeres y personas gestantes no cotizantes

Servicios sociales complementarios

Saneamiento de pasivos



Saneamiento de los Hospitales Públicos



Saneamiento de pasivos de las EPS

Liquidez de recursos

Créditos blandos a las IPS públicas, privadas y mixtas

Línea de crédito especial para saneamiento de EPS que se transformen

Uso de saldos FOSFEC

Saldos de cuentas maestras

Excedentes de aportes patronales

Excedente de recursos de oferta, estampilla pro salud

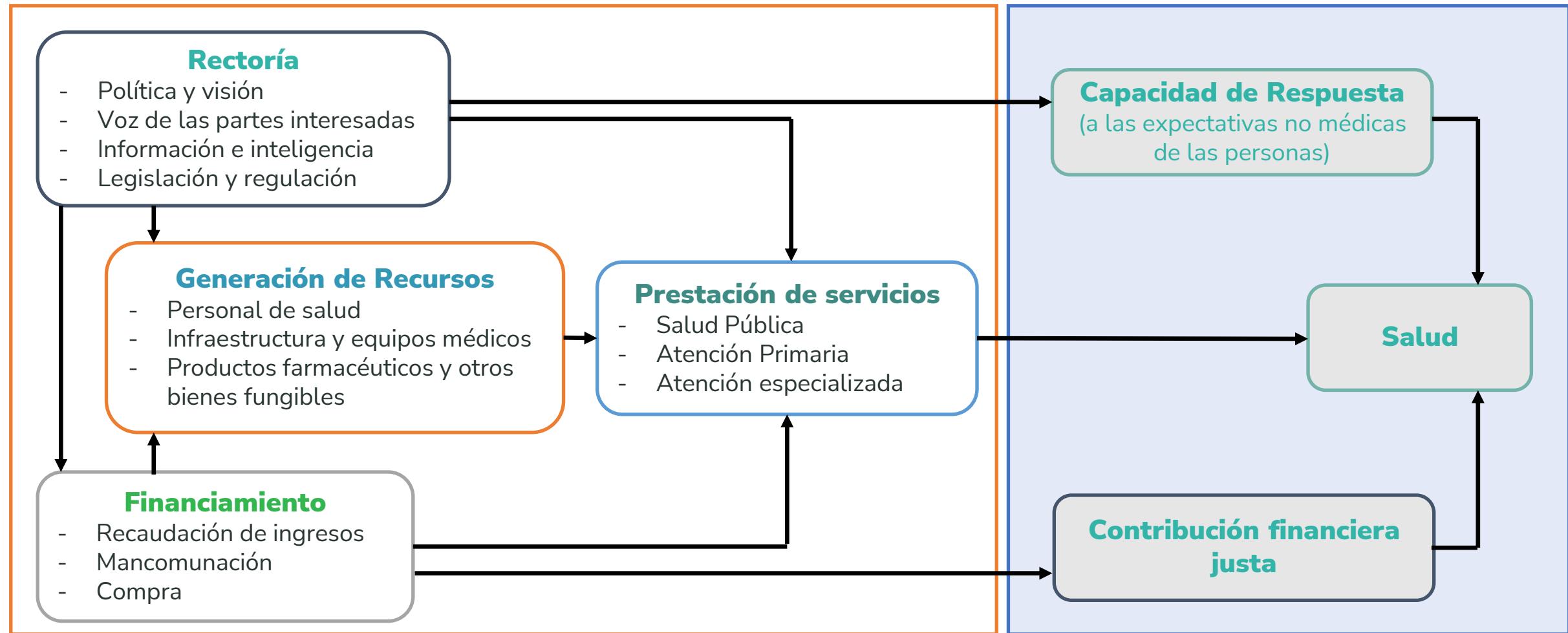
5. COMPETENCIAS NACIONALES Y TERRITORIALES EN SALUD



Sistemas de Salud

Funciones y subfunciones

Objetivos



Competencias nacionales y territoriales en salud en relación con las FESP

- Para optimizar la capacidad de gobierno y gestión de todos los niveles, con énfasis en el nivel territorial es indispensable redefinir las competencias requeridas en el nuevo sistema y construir una nueva forma de gestión efectiva, flexible, participativa (Ejemplo: Proyecto acelerador, 11 actas de acuerdo con Dptos.)
- Las FESP son un marco orientador para
 - Acelerar el proceso de articulación de los actores
 - Fortalecer la autoridad sanitaria en los departamentos.
 - Promover mecanismos de participación ciudadana en la toma de decisiones

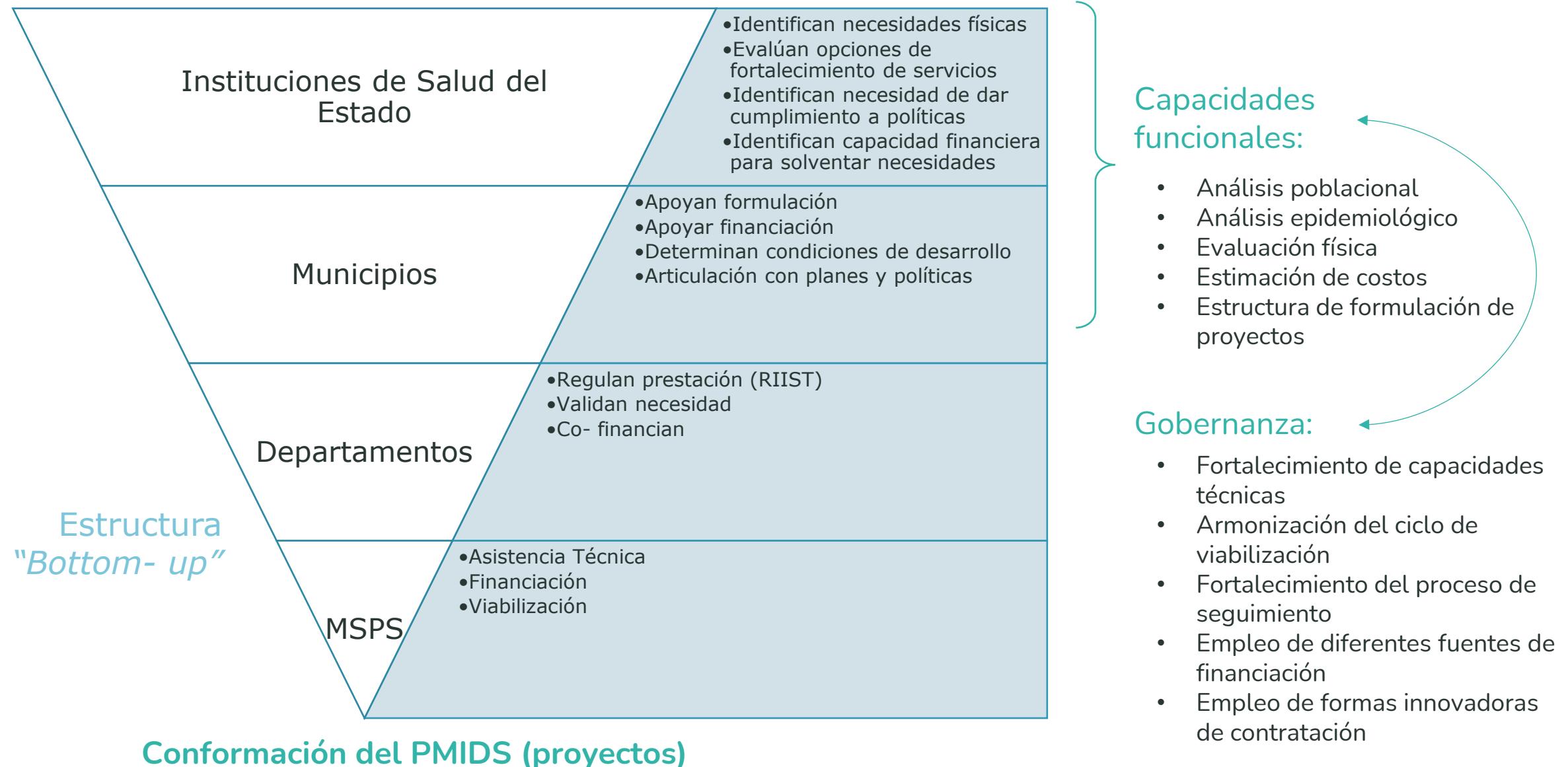


SINTESIS DE COMPETENCIAS NACIONALES Y TERRITORIALES EN SALUD



	Rectoría	Financiación y Flujo de Recursos	Prestación de servicios
NACION	<ul style="list-style-type: none"> Legislación y regulación Conducción Diseño e implementación del SPUIS. Inspección Vigilancia y Control Consejo Nacional de Salud INVIMA, INS, ADRES, SNS, IETS, FIDH 	<ul style="list-style-type: none"> Define Fuentes y Usos Recauda Mancomuna en Fondo único de Salud ADRES auditoria aleatoria Pagador Único 	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de Plan Maestro de Infraestructura y dotación.. Habilita la Redes Integradas Integrales Territoriales. ISES Nacionales Formalización laboral
DEPARTAMENTO Y DISTRITO	<ul style="list-style-type: none"> Dirigir, coordinar y vigilar el Sistema de Salud en el territorio de su jurisdicción, según Normatividad. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e ISES de su jurisdicción. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del SPUIS. Generar y reportar la información requerida por el Sistema. CTS 	<ul style="list-style-type: none"> Cofinanciación del SASS (Rentas Cedidas, Recursos propios y Recursos SGP para Cierre financiero de ISE. Convenios de desempeño con los PSS de las RIITS en coordinación con GSV Unidades Zonales de Evaluación y Planeación 	<ul style="list-style-type: none"> Organización y conformación de las RIITS con GSV. Habilitación de PSS ISES Departamentales Formalización laboral
MUNICIPIO	<ul style="list-style-type: none"> Dirigir, coordinar y vigilar el Sistema de Salud en el territorio de su jurisdicción, según Normatividad. Formular y ejecutar el Plan Decenal de Salud Pública. Generar y reportar la información requerida por el Sistema CMS 	<ul style="list-style-type: none"> Cofinanciación del SASS (Recursos propios y Recursos SGP para CAPS con ETS) Convenios de desempeño con los PSS de las RIITS en coordinación con GSV 	<ul style="list-style-type: none"> Organización y conformación de las RIITS con GSV. ISES Municipales Formalización laboral

PMIDS – Capacidades territoriales





Salud

	Gobernanza y Rectoría	Generación de Recursos	Financiamiento	Prestación de servicios de Salud
NACION				
DEPARTAMENTO Y DISTRITO				
MUNICPIO				

6. Plan de transición



Plan de transición y evolución

GESTIONAR EL CAMBIO

1. Conformar el equipo **coordinador de plan de transición** (Nación y Regiones).
2. Conformar el equipo responsable de la **armonización normativa y alistamiento de la reglamentación**.
3. Conformar un mecanismo de **relacionamiento entre el MSPS y las Entidades Territoriales**.
4. Desarrollar una **estrategia de comunicación** específica para el plan de transición

FORTALECER EL ROL DEL ESTADO

1. Recuperar la **rectoría en salud y autoridad sanitaria**
 - a. Gobernanza
 - b. Financiamiento
 - c. Aseguramiento en salud
 - d. Vigilancia y control
2. Garantizar el **trabajo digno y la pertinencia de la formación** del talento humano para el sistema de salud
3. Desarrollar el **liderazgo para el abordaje de los Determinantes Sociales y Ambientales** de la Salud a través de la colaboración intersectorial.

CUIDAR LA SALUD Y LA VIDA

Fortalecer la **capacidad resolutiva** del sistema

1. Implementar los planes de gestión de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (**RIITS**).
2. Fortalecer la **red pública hospitalaria** de cara a la transición: Empresas Sociales del Estado, Centros y Puestos de Salud.
3. Fortalecer la Atención Primaria en Salud: implementar el **Modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo**, y fortalecer la capacidad resolutiva y la integralidad de los Equipos Básicos de Salud.
4. Implementar un **modelo de incentivos** por los resultados y el cuidado integral de la salud y la vida.

SISTEMA DE SALUD GARANTISTA Y UNIVERSAL

7. Estrategias para acelerar la transición



Avances de un proceso

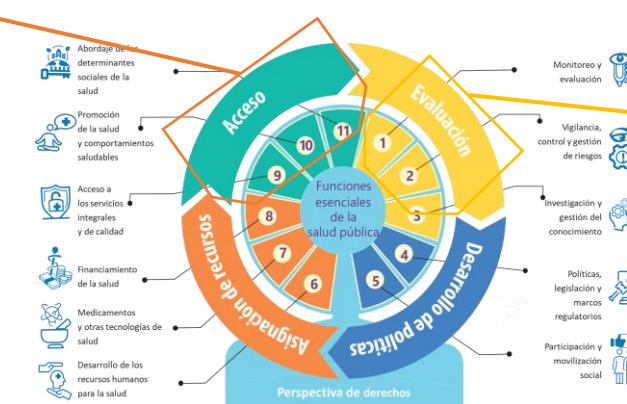


Mesas de trabajo, análisis de barreras y definición de estrategias para conformación de RIITS en los territorios, 27, 28 y 29 de Noviembre 2023, Bogotá, Colombia

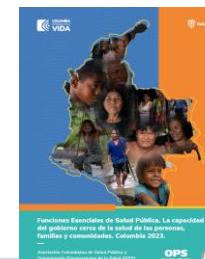
Abril 2023 - Con todos los departamentos y el nivel nacional se realizó la **evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública**. Se lograron identificar las brechas para ser abordadas en conjunto.

Las 11 FESP de las cuales son responsables las autoridades de salud

Función 9	Función 10	Función 11
Garantía de acceso a los servicios integrales y de calidad	Promoción de la salud y comportamientos saludables	Abordaje de los determinantes sociales de la salud
1. Apoya la planificación de servicios individuales	1. Garantiza los recursos (F y H) y aplicación de acciones de promoción de la salud	1. Incluye el abordaje de los determinantes sociales DSS
2. Implementa políticas para ampliar progresivamente la oferta	2. Garantiza los recursos (F y H) y la aplicación políticas para entornos saludables	2. Fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas y programas y acciones intersectoriales
3. Participa en la planificación, conformación y gestión de las redes	3. Garantiza los recursos (F y H) aplicación políticas para proteger y la salud pública ambiental y laboral	3. Asegura recursos para invertir en inequidades en salud
4. Apoya actividades para armonizar y asegurar la suficiencia de los prestadores de salud	4. Garantiza la aplicación de políticas para inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	4. Facilita la evaluación de la equidad y evolución de DSS
5. Coordina iniciativas con las entidades	5. Garantiza la aplicación políticas para control vectores y zoonosis	
6. Evalúa periódicamente el desempeño	6. Garantiza la aplicación políticas para prevenir resistencia a los antimicrobianos	



Función 1	Función 2	Función 3
Monitoreo y evaluación	Vigilancia, control y gestión de riesgos	Investigación y gestión del conocimiento
1. Coordina seguimiento de la situación de salud	1. Garantiza disponibilidad de recursos para VCG	1. Asegura adaptación de resultados de investigación
2. Coordina con organizaciones	2. Coordina formulación de medidas multisectoriales	2. Fomenta colaboración entre secretaría y academia
3. Presupuesta recursos financieros para evaluar	3. Utiliza sistemas de notificación obligatoria	3. Facilita acceso a recursos para proyectos
4. Establece prioridades para disponibilidad y calidad de datos	4. Coordina comunicaciones entre organizaciones	4. Facilita acceso de investigadores a datos
5. Garantiza acceso a informes de seguimiento y evaluación	5. Facilita acceso a recursos	



Resultados - Fase de Acceso - FESP

El Departamento	REGIÓN CARIBE E INSULAR							REGIÓN CENTRAL							REGIÓN CAFETERA				
	Atlántico	Cesar	Córdoba	La Guajira	Sucre	Bolívar	Magdalena*	San Andrés, Prov y ST*	Norte de Santander	Santander	Huila	Cundinamarca	Bogotá DC	Boyacá*	Caldas	Quindío	Risaralda	Tolima	Antioquía*
Función 9: Acceso a servicios integrales y de calidad																			
Apoya la planificación de servicios individuales	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Mínimo	Moderado	Mínimo	Moderado	Significativo
Implementa políticas para ampliar progresivamente la oferta	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Mínimo	No Aplica*	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Mínimo	Significativo
Participa en la planificación, conformación y gestión de las redes	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Ninguna	No Aplica*	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado
Apoya actividades para armonizar y asegurar la suficiencia de los prestadores de salud	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Mínimo	No Aplica*	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Coordina iniciativas con las entidades	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Evaluá periódicamente el desempeño	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado
Función 10: Intervenciones sobre factores contextuales de la salud																			
Garantiza los recursos (Fy H) y aplicación de acciones de promoción de la salud	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo			Significativo	Significativo	Óptimo	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
Garantiza los recursos (F y H) y la aplicación políticas para entornos saludables	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado			Moderado	Moderado	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Garantiza los recursos(F y H) aplicación políticas para proteger y la salud pública ambiental y laboral	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo	Significativo	Moderado			Moderado	Moderado	Óptimo	Mínimo	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
Garantiza la aplicación de políticas para inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Ninguna	Significativo	Moderado			Mínimo	Moderado	Óptimo	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo
Garantiza la aplicación políticas para control vectores y zoonosis	Óptimo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo			Significativo	Moderado	Óptimo	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Garantiza la aplicación políticas para prevenir resistencia a los antimicrobianos	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo	Moderado			Mínimo	Mínimo	Óptimo	Moderado	Moderado	Mínimo	Significativo	Moderado
Función 11: Abordaje de los determinantes sociales																			
Incluye el abordaje de los determinantes sociales DSS	Significativo	Moderado	Moderado	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas y programas y acciones intersectoriales	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	No Aplica*	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Significativo	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Mínimo
Asegura recursos para invertir en inequidades en salud	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Significativo	Significativo
Facilita la evaluación de la equidad y evolución de DSS	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Significativo	No Aplica*	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo	Mínimo	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo

Fuente: ACSP- OPS - Minsalud, Evaluación FESP – Colombia 2023

Proyectos aceleradores del plan

1

Fortalecimiento de la gobernanza para la gestión del sistema de salud con base territorial en articulación con EPS (**RIITS**)

2

Estrategia de “Gestión del cambio” para preparar al país en la transición a un sistema de salud garantista, universal, basado en la Atención Primaria en Salud (APS)

3

Fortalecimiento de la **rectoría en salud y autoridad sanitaria** en el nivel nacional y departamental

4

Fortalecimiento de la **Red Pública de Prestación de servicios de salud** e innovación para avanzar a Hospitales en Red

5

Comunicación estratégica para el plan de transición hacia un sistema de salud garantista y universal

6

Talento humano para mejorar el desempeño del sistema de salud con base territorial

Avances Chocò


Secretaría
 de Salud

ACUERDO DE VOLUNTADES

Los abajo firmantes hacemos explícito nuestro interés como representantes de las entidades del Sistema de Salud en el Departamento del Chocó, de disponer voluntariamente los conocimientos de nuestro talento humano y nuestras capacidades, al igual que revisar los desarrollos y estrategias de planificación y gestión en salud a nuestro alcance, que permitan compartir experiencias y avanzar en el diálogo para la conformación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud (RIITSS).

Identificar las áreas prioritarias de intervención para la modelación de las Redes integrales e integrales territoriales de servicios de salud en el marco de los proyectos aceleradores que lidera el Ministerio de Salud y Protección Social con los entes territoriales.

Acordar una agenda de trabajo con la Secretaría de Salud Departamental que permita alcanzar objetivos consensuados para avanzar en la implementación de RIITSS con base en los criterios determinantes establecidos en el artículo 63 de la Ley 1438 de 2011.

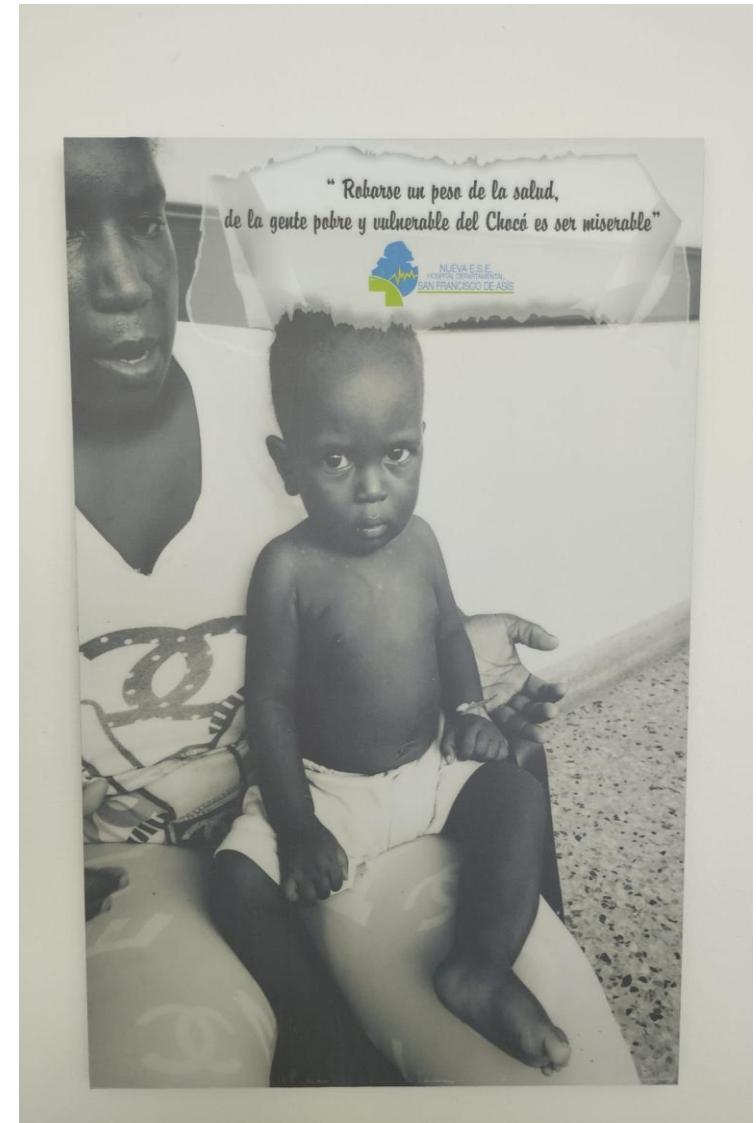
Fortalecer conjuntamente la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y facilitar los medios necesarios para propiciar el continuum asistencial que propicie la promoción y mantenimiento de la salud y los cuidados necesarios conducentes a la recuperación de la enfermedad.

Realizar análisis conjunto de información y revisar la optimización de los recursos disponibles, poniendo en el centro el cuidado integral de la salud y la vida de las personas, familias y comunidades.

Dado en Quibdó, 3 de septiembre de 2024.

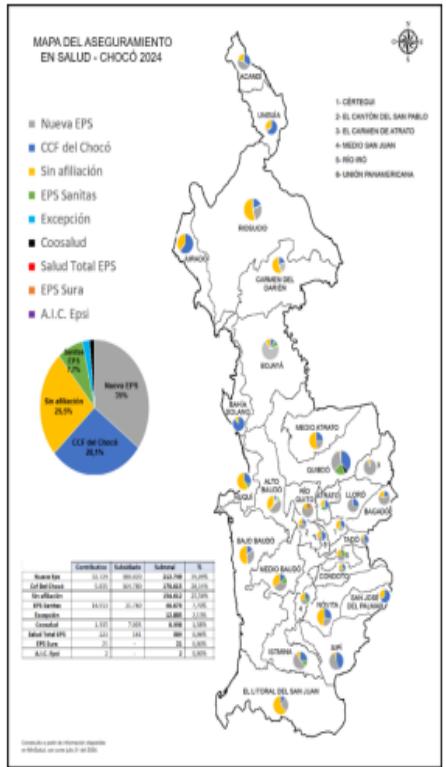
Nombre y Apellidos	Cedula	Cargo	Entidad	Firma
Ava Belza Palacio	54254170	Dir. de Salud	SIDCH	
Monseñor Ceci F. Lyan	52389140	Presidente	UNES	
JUAN PABLO VELASCO RUMI	11637234	Secretario	Alcaldía Alcornal	
Lina Marcella Quinto Mosquera	101455188	Enfermera	HLSUR	
Nandy Aspílio Arriagada	102607215	Alcaldesa	HLSUR	
Jesús Alpero Valdés	11806019	Director	Alcaldía	
Gloria Phaido Pino	53067632	Concejala	OPSTOMS	
Sandra Montesdeoca	6039141	Estudiante	HLLRV	
Denny P. Orozco	54742567	Médico	HLSUR	
Diana Faría Ureña	107633829	Enfermera	HLSUR	
Fabián Chirinos Ley	12266720	Prof. Univ	SSDCH	
Camila Pámeles Munita	35604447	Enfermera	Red Enfermera	
Eduardo Munita C.	54259261	P. Unive	SSDCH	
Brycelia Rodríguez	107633829	P. A.Proyo	SSDCH	
Estrella Molina	10179304	Vice Concejala	UNES	
Patricia D. Palacio H.	1093424380	coordinadora	Eliazar	
Hilary Vanessa Martínez P.	1719257695	coordinadora	HLSUR	

Dirección Sede Principal



Estrategia para el fortalecimiento de la gestión de la gobernanza y conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de salud en Chocó – 2024

Somos la **Secretaría de Salud Departamental del Chocó**, responsables de la salud de cerca de 553.519 personas donde aproximadamente el **98% de la población es afrodescendiente e indígena**.



Reunión presencial con directivos de **Nueva EPS** y **COMFACHOCÓ** llegando a un **acuerdo verbal** sobre atención a la población, independientemente de su EAPB.

Acuerdo de voluntades firmado por grupo representativo de actores en salud del departamento del Chocó para aunar esfuerzos en la **RIITS**

Gestión avanzada para cupos universitarios para población afrocolombiana e indígena en **áreas de pregrado y posgrado en salud con la Universidad de Antioquia**. Acuerdo con la UNAD para prácticas en salud.

Análisis de la oferta de servicios de salud contratada por las EPS con cada prestador público, privado y mixto del territorio.

Recuperar e integrar a los equipos de salud la figura de los **promotores de salud, las parteras y los saberes ancestrales** y plan de fortalecimiento de los **EBAS** en el departamento del Chocó.

Necesidad de definir una **ruta jurídica que viabilice** adquisición y operación de **red de ambulancias** (fluvial, marítima, aérea, terrestre).

El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización requiere un ajuste normativo por el Ministerio de Salud y Protección Social donde **su alcance sea para la oferta pública, privada y mixta**.

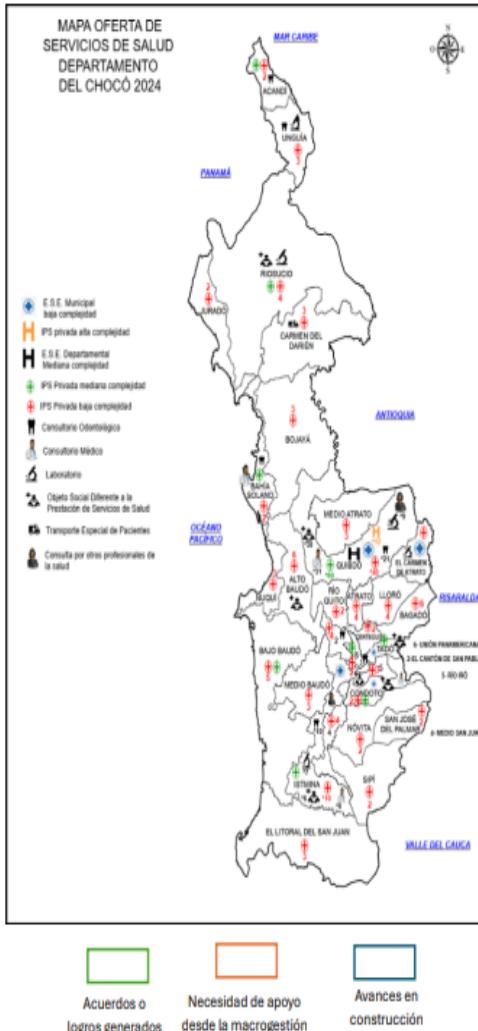
Gran limitación para el departamento es el antecedente de **DASALUD**. Cerca del **96% de los servicios de salud son oferta privada**.

Universidad Tecnológica del Chocó necesita apoyo para dar apertura al pregrado de Medicina y a otros pregrados en el área de la salud.

No existe un **Sistema de Emergencias Médicas** en el departamento del Chocó. OPS/OMS, UdeA y SENA están apoyando con la formulación del proyecto para presentarlo.

Gestión para un acuerdo de voluntades con el Centro de Servicios de Salud del SENA Antioquia con la Secretaría Departamental de Salud del Chocó.

Plan para la construcción de las nuevas 5 ESE (primer nivel) y 1 ESE (segundo nivel Istmina) en el Chocó



Fuente: Construido por equipo RIITS Chocó 14/11/2024

Contruyendo capacidad de gobierno en el nivel territorial

Gestionando el cambio hacia un Sistema de Salud que garantice el derecho a la salud de todas y todos desde el territorio.

Declaración de Pereira - noviembre 29 de 2024

La articulación efectiva para construir salud y bienestar en el contexto territorial requiere de una nueva estrategia para dialogar y actuar, que sea coherente con la realidad, que se respalte en un marco normativo armónico e incluya al conjunto de actores involucrados para: lograr que el aseguramiento sea garantía real del acceso, contribuir en el cierre de brechas territoriales, y consolidar la colaboración como mecanismo facilitador del cambio.

Como estrategia para dinamizar este proceso, durante el segundo semestre de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró un proyecto que buscó "Fortalecer la gobernanza para la gestión del sistema de salud con base territorial", para identificar decisiones colegiadas orientadas a lograr la transición de redes de prestadores a un sistema basado en redes integradas e integrales. Comprendiendo que la integración no es el fin mismo sino un vehículo para disminuir la brecha de acceso y oportunidad, para de esta manera lograr el impacto sanitario con el que nos comprometemos.

En este corto periodo de tiempo, a través de una metodología participativa de trabajo con el liderazgo de las secretarías departamentales de salud que facilitó la construcción de acuerdos entre los actores para diseñar redes integrales e integradas con la capacidad de responder a las necesidades de la población en los territorios.

Esta declaración recoge los principios orientadores propuestos para pasar de un proyecto a un proceso acelerador del cambio efectivo del sistema de salud. Estos principios se han generado a partir de los aprendizajes logrados por el primer grupo de 11 departamentos que de manera comprometida participaron en la primera fase de este proceso.



Gracias